

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1888-89

N°

ÉTUDE

301

sur

LE LUPUS PRIMITIF DE LA MUQUEUSE NASALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE MERCREDI 17 JUILLET 1889

PAR

Valéry-Urbain-Victor RAULIN

Né à Bordeaux (Gironde), le 17 avril 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TRÉLAT,	professeur,	<i>président.</i>
POTAIN,	professeur,	} <i>juges.</i>
RECLUS,	agrégé,	
JOFFROY,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie V^o Cadoret

17 — Rue Montméjan — 17

1889

ÉTUDE

301

SUR

LE LUPUS PRIMITIF DE LA MUQUEUSE NASALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE MERCREDI 17 JUILLET 1889

PAR

Valéry-Urbain-Victor RAULIN

Né à Bordeaux (Gironde), le 17 avril 1865.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TRÉLAT,	professeur,	<i>président.</i>
POTAIN,	professeur,	} <i>juges.</i>
RECLUS,	agrégé,	
JOFFROY,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie V^o Cadoret

47 — RUE MONTMÉJAN — 47

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DAMASCHINO.
	DIEULAFOY.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
	CORNIL.
Anatomie pathologique.....	MATHIAS DUVAL.
Histologie.....	DUPLAY.
Opérations et appareils.....	REGNAULD.
Pharmacologie.....	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.....	PROUST.
Hygiène.....	BROUARDEL.
Médecine légale.....	LABOULBÈNE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	STRAUS.
Pathologie comparée et expérimentale.....	SEE (G.).
	POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
Maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	HANOT.	POIRIER, Chef des	RIBEMONT-DESSAIGNES
BLANCHARD.	HANRIOT.	travaux anatomiques.	ROBIN (Albert).
BOUILLY.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BKISSAUD.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BRUN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
BUDIN.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	LANDOUZY.	RECLUS.	
CHAUFFARD.	MAYGRIER.	REMY.	
DEJERINE.	PEYROT.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E.-J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.

A MON PÈRE, V. RAULIN

*Professeur honoraire à la Faculté des Sciences de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MON EXCELLENT AMI

ALEXANDRE DELVAILLE

Avocat à la Cour d'appel.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR TRÉLAT

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'honneur.*

INTRODUCTION

L'étude que nous nous proposons de faire aujourd'hui est destinée à compléter celle que M. Cartaz a publiée dans la *France médicale* sur la tuberculose nasale. Cet auteur n'a décrit en effet que la forme la plus ordinaire de cette affection de la muqueuse nasale; il a cru devoir laisser de côté le lupus, qui n'est cependant qu'une modalité différente du même processus morbide. Nous restreindrons toutefois notre sujet en renonçant à décrire le lupus secondaire de la pituitaire, affection consécutive à des lésions de la peau du nez ou de la muqueuse de la gorge. Nous ne considérerons que sa manifestation primitive sur la membrane de Schneider.

Cette question a été peu étudiée, tout se borne jusqu'à ce jour à la thèse de Moinel qui date de 1877 et à une monographie de Cozzolino (1886). Cette pénurie de travaux tient à la rareté de l'affection; en 1877, la science n'en possédait que deux observations; cette année nous avons pu en réunir 22 cas; nous avons-nous pensé devoir les mettre à profit pour faire œuvre de quelque utilité.

Mais avant d'entreprendre cette étude, nous regardons comme un devoir de remercier les maîtres dévoués de la Faculté de Bordeaux qui ont dirigé notre instruc-

tion médicale. Nous ne saurions assez leur témoigner à tous notre reconnaissance et particulièrement à M. le professeur Picot qui, dans ses remarquables leçons, s'est efforcé de développer en nous le sens clinique, à M. le professeur Morache pour son cours de médecine légale, à M. le professeur de Fleury pour son enseignement thérapeutique, et enfin à M. le professeur Vergely.

M. le D^r E.-J. Moure a été depuis près de deux ans notre maître de tous les instants; le peu de connaissances que nous avons en médecine spéciale, nous le lui devons. Notre assiduité à son cours libre, l'aide modeste que nous lui prêtons à sa clinique, nous ont permis de profiter de son enseignement et de ses conseils. Il nous a fourni l'idée première de ce travail; il nous a secondé en mettant à notre disposition ses malades et sa bibliothèque; nous sommes lié à lui par la reconnaissance.

Que M. le professeur Trélat veuille bien recevoir tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait et pour la marque d'estime qu'il nous donne en acceptant la présidence de notre thèse.

É T U D E

SUR

LE LUPUS PRIMITIF

DE LA MUQUEUSE NASALE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Rayer, 1835. — Bazin, 1858. — Chaboux, 1875. — Casabianca, 1876. Premier travail d'ensemble dû à Moinel, 1877. — Duplay, 1880. — Morell Mackenzie, 1884. — Schmiegelow, 1885. — Fournier, 1886. — Second travail sur la question : Cozzolino, 1886. — Bresgen, 1887. — Moldenhauer, 1888. — Moure, 1889.

L'histoire du lupus de la pituitaire est intimement unie à celle des scrofulides des autres muqueuses. Cependant, bien que l'attention des médecins ait été de tout temps attirée sur les manifestations externes de la scrofule, depuis Hippocrate et Galien, il faut arriver

jusqu'au commencement de notre siècle pour que les observateurs songent à suivre les lésions scrofuleuses sur les prolongements du revêtement cutané, sur les muqueuses tapissant les cavités qui viennent s'ouvrir à l'extérieur du corps. Enfin, lorsque déjà la scrofule était étudiée sur les autres muqueuses, les lésions des fosses nasales n'étaient pas encore soupçonnées. Cet oubli tient à ce qu'elles sont ici plus difficilement visibles que dans la gorge et qu'elles demandent à être recherchées davantage.

Le lupus de la peau du nez était décrit depuis longtemps que celui de la muqueuse n'était pas encore entrevu.

C'est ainsi qu'Alibert en 1806, dans sa « *Description des maladies de la peau* », consacre quelques lignes au lupus du nez; suivant cet auteur cette affection débutant par la peau arrive à détruire tout l'auvent nasal cartilagineux, mais il ne dit pas si le lupus peut envahir la muqueuse nasale; il n'étudie cette affection qu'en tant que lésion cutanée du nez, il ne songe pas encore à la suivre sur la muqueuse nasale.

Arnal, en 1832, étudiant les manifestations de la scrofule et de la syphilis sur la peau et les muqueuses, s'exprime incidemment en ces termes à propos de l'angine scrofuleuse : « Cette affection procède souvent de haut en bas, c'est-à-dire *débute par la pituitaire et la détruit en peu de temps* pour s'étendre de là au voile du palais.

Arnal indique ainsi l'existence du lupus primitif des fosses nasales, mais il n'apporte aucune observation et n'en donne aucune description.

Rayer, dans son *Traité pratique et théorique des*

maladies de la peau, en 1835, fait une excellente description du lupus qui débute, dit-il, le plus souvent par la peau du nez; il l'a vu, lui aussi, amener la destruction de tout le nez cartilagineux, mais il ajoute que dans le lupus exedens *la lésion se propage à la pituitaire* et que dans bien des cas toute la cloison a été détruite *avant que le nez fût atteint au dehors*. Rayet, comme Arnal, admet la possibilité du lupus primitif de la muqueuse nasale, mais Rayet base son affirmation sur une observation qu'il rapporte à la page 198 de son *Traité*. Sous le titre de *Lupus exedens; début par l'intérieur du nez; destruction de l'aile droite; perforation de la cloison*, il raconte l'histoire d'une jeune fille de 13 ans. Chez ce sujet, qui était indemne de toute syphilis, le lupus débuta par l'intérieur du nez trois ans avant que ne se formât le premier tubercule lupique sur la partie antérieure de la peau du nez. D'après Rayet, l'affection avait débuté dans la narine droite, à la partie antérieure et inférieure de la cloison. Plus tard, il se fit une perforation du cartilage de la cloison; les bords étaient recouverts de croûtes jaunâtres et reposaient sur une surface mamelonnée, d'un rose pâle. C'est donc Rayet qui, le premier, a donné la description et rapporté un cas de lupus primitif des fosses nasales.

Devergie, dans son *Traité des maladies de la peau*, se borne à étudier le lupus du nez en tant que lésion cutanée, il est muet sur la question du lupus de la muqueuse nasale.

Cazenave s'exprime ainsi : « En même temps que les lésions extérieures du nez, il existe une altération de la muqueuse des fosses nasales et même dans quel-

ques circonstances, toute la cloison intermédiaire peut être détruite avant que le nez soit rongé au dehors. D'autres fois cette destruction commence à la peau, s'étend sur la muqueuse pituitaire, parcourt tout le plancher des fosses nasales, se propage à la muqueuse palatine qu'elle altère et aux gencives qu'elle attaque.

En 1838, rédigeant l'article *Lupus* du Dictionnaire en 30 volumes, Cazenave ne fait que répéter ce qu'il a écrit en 1835.

En 1843, Tardieu dans sa thèse sur *le Farcin et la Morve chronique chez l'homme et les solipèdes*, rapporte à propos du diagnostic un cas de scrofule maligne du nez. Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans chez laquelle le lupus aurait amené la destruction de la cloison osseuse, des cornets, du voile du palais et de l'épiglotte. Tardieu en avait présenté les pièces l'année précédente à la Société anatomique.

Pour nous, à la lecture de l'observation, nous ne pouvons pas douter qu'il ne s'agisse de lésions dues à la syphilis héréditaire tardive.

En 1854, Oswald Pohl (1), dans un travail sur le lupus publié dans les *Archives de Virchow*, parle incidemment des lésions lupiques du nez.

Dans le chapitre qu'il consacre au lupus non exedens il admet que les lésions du nez peuvent débiter soit par la peau, soit par la muqueuse de cet organe. « La place favorite de cette forme destructive du lupus, écrit-il, est le nez; il commence par des tubercules qui siègent dans les téguments et arrive bien vite à

(1) *Virchow's Archiv.*, 1854, t. VI, p. 186 et 192.

détruire entièrement la peau, les muscles, les cartilages, voire même les os. »

Souvent cette forme de lupus débute par la muqueuse nasale; ici les lésions paraissent s'étendre avec une rapidité toute particulière, car parfois toute la cloison du nez peut être détruite avant que l'ulcération ne se montre au dehors. D'après Cazenave, « le lupus peut même ronger tout le plancher de la cavité nasale pour gagner la muqueuse de la voûte palatine. »

A la même époque, Werrnher (1) écrivait : « Le lupus de la face vient le plus souvent des parties profondes du nez et de la gorge; en règle générale, il débute sur la muqueuse nasale dans le voisinage des choanes ».

Pohl et Werrnher, nous le voyons, affirment en Allemagne eux aussi l'existence du lupus primitif des fosses nasales qui avait été affirmée avant eux par Rayer et Cazenave, en France.

En 1858, Bazin étudiant les scrofulides des muqueuses dit à propos du lupus qu'il classe parmi les scrofulides éruptives malignes :

« Le plus souvent, la scrofulide maligne débute par l'intérieur du nez, à l'angle de l'aile avec la cloison des narines, puis la lésion gagne l'extérieur; dans quelques cas, l'affection débutant toujours par la pituitaire, détruit la sous-cloison et même une partie de la cloison avant de gagner la peau qui recouvre cet organe.

» Dans d'autres cas rares, l'affection débute par la pituitaire qui tapisse le plancher des fosses nasales, et,

(1) *Handb. der Allg. und spec. Chirurgie*, Bd. II, p. 318.

de proche en proche, gagne la muqueuse de la voûte palatine et le tissu gingival ».

Plus loin, à propos du *lupus térébrant*, Bazin dit : « Cette forme peut aussi affecter la cloison du nez, la perforer de part en part et la détruire dans une étendue plus ou moins grande ; la même affection sur la voûte palatine donnera lieu à une perforation de la cloison et fera communiquer la bouche avec le nez ».

Plus loin, page 275, il insiste à tort à notre avis, sur la gravité du *lupus* des muqueuses, dont la marche est très rapide. « Ne savez-vous pas que la destruction de la cloison du nez, sa perforation s'effectuent dans un très court espace de temps » ? On verra plus tard que Bazin met sur le compte de la scrofule des lésions qui ne peuvent être imputées qu'à la syphilis ; telles sont par exemple les perforations de la voûte palatine.

En 1870, Bazin rédigeant l'article *lupus* du Dictionnaire de Dechambre, ne dit rien du *lupus* de la pituitaire.

En 1872, Constantin Paul, étudiant l'angine scrofuleuse, s'exprime ainsi : « Il est commun de voir les fosses nasales participer à l'affection (7 fois sur 20) et presque toujours en pareil cas c'est la lésion des fosses nasales qui a précédé. Elle a non-seulement altéré les cornets et même les os maxillaires, mais surtout la cloison dont la destruction a été constatée 4 fois sur 7. » (Tardieu, Bazin, Czermack, Lailler et Paul.)

Là encore on voit des lésions syphilitiques passer pour être de nature scrofuleuse.

En 1875, Chaboux, dans sa thèse inaugurale intitulée : *De certaines lésions de la région naso-pharyngienne que l'on doit rattacher à la syphilis*, faisant la

description du lupus syphilitique de la muqueuse nasale, est amené à parler du lupus scrofuleux. Il insiste sur la grande ressemblance des lésions, mais pour lui et pour son maître, M. Horand, de Lyon, le lupus syphilitique diffère du lupus scrofuleux par sa tendance à s'étendre et à détruire le squelette nasal ; dans le diagnostic de ces deux affections, il revient sur l'absence de lésions osseuses dans la scrofule.

En 1876, Casabianca (1), dans sa thèse sur *Les affections de la cloison nasale*, s'exprime ainsi : « Les ulcérations scrofuleuses de la cloison sont très fréquentes. Dans certains cas, il se forme dans l'épaisseur de la muqueuse des dépôts tuberculeux, qui, en se ramollissant, amènent l'érosion et la perforation de la muqueuse par un processus analogue à celui du lupus. Roser insiste sur ces particularités et n'hésite pas à admettre un lupus de la cloison ». Casabianca fait remarquer que les perforations scrofuleuses de la cloison siègent principalement sur la portion cartilagineuse. « Cependant, dit-il, il n'est pas rare de voir les os de la cloison, surtout le vomer, frappés de nécrose par les progrès du travail ulcératif, et même quelquefois la cloison est entièrement détruite. Dans certains cas de scrofule invétérée, la nécrose peut être primitive et l'inflammation ulcéreuse ne survenir que secondairement. Mais ce processus est exceptionnel dans la scrofule. »

Dans un chapitre intitulé *Epaississements de la cloison*, Casabianca rapporte, sans la comprendre, une observation manifeste de lupus primitif des fosses nasa-

(1) Casabianca, thèse de Paris, 1876, pages 34-47.

les (nous la publions *in extenso*). Il fait suivre cette observation des remarques suivantes : « Ce cas montre que la cloison est parfois le siège de *productions hypertrophiques spéciales d'origine scrofuleuse, d'une extrême ténacité, susceptibles d'améliorations* et d'aggravations alternatives et pouvant à certain moment offrir toutes les apparences des tumeurs malignes. » Il ajoute que Roser assimile au lupus de la peau ces productions verruqueuses hypertrophiques de la cloison pouvant s'ulcérer et devenir fongueuses.

En 1877, Moinel, (François), aide-major au Val-de-Grâce, sous l'inspiration du professeur agrégé S. Duplay, fait sa thèse inaugurale *sur le lupus scrofuleux des fosses nasales* : c'est le premier travail d'ensemble, qui ait été fait sur la question avant celui de Cozzolino, de Naples, qui date de 1886. Se basant sur deux observations qu'il rapporte *in extenso*, l'auteur fait une excellente symptomatologie du lupus primitif de la pituitaire ; les autres chapitres de cet ouvrage ont été moins bien traités, aussi avons-nous pensé qu'il convenait de les compléter par cette étude.

Dans l'encyclopédie médicale *ancienne*, à l'article *lupus* rédigé par le professeur Profeta, de Palerme, en 1878, on trouve : « Sur les membranes muqueuses, le lupus continue à s'étendre aux parties voisines, mais plus nombreux sont les exemples de lupus primitif de la muqueuse du nez, de la lèvre, de la gencive, etc. ».

L'auteur estime simplement que la muqueuse nasale est plus exposée que toute autre à cette affection.

La même année, Looten, dans sa thèse d'agrégation sur les scrofulides des muqueuses, consacre un chapitre à la scrofule des fosses nasales ; il divise ces lésions en

coryza chronique simple et en coryza éruptif ou lupus des fosses nasales ; mais avec Looten, l'étude de cette dernière affection reste stationnaire, car l'auteur se borne à donner des extraits de la thèse de Moinet.

En 1879, Rosalie Idelson passe sa thèse à Berne sur *le lupus des muqueuses*. Ce travail est une excellente étude anatomo-pathologique macroscopique et microscopique du lupus des muqueuses en général et ce n'est qu'incidemment que l'auteur parle du lupus de la pituitaire.

En 1880, Duplay publie dans la *Gazette des Hôpitaux* un cas de lupus primitif des fosses nasales. Il fait suivre cette observation de quelques remarques sur le diagnostic, le pronostic de cette affection qu'il rencontre, dit-il, pour la seconde fois.

En 1882, Brissaud, écrivant l'article *lupus* du Dictionnaire de Jaccoud, dit : « Cette forme de lupus (*vorax*) débute presque toujours par le nez, soit que la localisation initiale occupe le dessus, soit qu'elle occupe le chorion de la pituitaire ».

Hébra, dans son *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 443, s'exprime ainsi :

« Sur la muqueuse des ailes et de la cloison, on ne trouve la plupart du temps le lupus qu'accompagné du lupus de la peau du nez ; mais ce n'est pas rare que la maladie apparaisse originairement sur la muqueuse.

» Au début l'affection ne se révèle que par la formation de croûtes sur la muqueuse des parties dont nous venons de parler.

» Quand le développement de la maladie est plus intense et surtout lorsqu'on a abandonné le traitement, la muqueuse se ramollit en quelque point ; il s'y forme

des ulcères qui pénètrent jusque dans le cartilage de la cloison. Il se fait en ce point une perforation qui est recouverte de granulations fongueuses.

» La cloison cutanée n'est heureusement pas aussi souvent détruite par le lupus que par la syphilis, aussi le nez conserve-t-il un aspect passable. »

Et plus loin, page 446, il est le premier à affirmer qu'il n'a jamais vu le lupus détruire les os : « Je n'ai pas rencontré de nécrose du vomer à la suite du lupus de la muqueuse nasale et ne trouve dans les auteurs aucune mention d'une semblable terminaison du lupus. »

Dans l'ouvrage de Kaposi, on lit : « Le plus souvent la muqueuse nasale n'est atteinte que par propagation du lupus cutané, mais fréquemment aussi la lésion y est primitive. Là il peut pendant des années y déterminer des ulcérations et des croûtes et simuler l'eczéma chronique, jusqu'à ce qu'il se manifeste par la rétraction, la destruction de la perforation de la cloison et sa propagation aux téguments voisins. Je n'ai jamais vu le lupus détruire la partie osseuse du nez ou le vomer. »

Sir Morell Mackenzie (*Diseases of the Throat and Nose*, 1884) consacre deux pages à l'affection qui nous occupe ; il lui reconnaît deux formes : le lupus exedens et le lupus non exedens.

Le professeur Cozzolino, appréciant l'article de Mackenzie, s'exprime ainsi : « Cet article est assez tronqué et l'on voit clairement que l'auteur n'y a rien mis de personnel et qu'il s'en tient au peu qu'il a trouvé dans les ouvrages de dermatologie ».

En 1885, le professeur F. Massei, dans l'article *Larynx et fosses nasales* écrit pour l'Encyclopédie médicale italienne (page 625), ne fait que répéter ce qu'a dit Mackenzie.

La même année, Schmiegelow, de Copenhague, dans un article sur les tumeurs malignes primitives du nez, rapporte deux observations de lupus primitif des fosses nasales; dans ces cas, l'affection avait revêtu la forme polypoïde, aussi Schmiegelow en profite-t-il pour faire une courte étude sur ce qu'il appelle les polypes lupiques du nez; pour nous, nous n'y voyons que la pédiculisation des bourgeons d'un lupus végétant; nous refusons absolument le nom de polypes à ces végétations plus ou moins étranglées à leur base.

En 1886, le docteur E.-J. Moure, dans son *Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne*, ne consacre aucun chapitre au lupus des fosses nasales; mais il répare son oubli dans son cours libre fait à la Faculté de médecine de Bordeaux (1889) où il fait une leçon sur cette affection.

La même année, le professeur Al. Fournier publie ses leçons sur la Syphilis héréditaire tardive. Lui aussi, après Hébra et Kaposi, Horand et Chaboux, s'attache à mettre sur le compte de la syphilis des lésions autrefois englobées dans la scrofule. Il insiste dans le chapitre qu'il consacre aux lésions intra-nasales sur le diagnostic différentiel du lupus et de l'hérédo-syphilis tardive. Pour lui, il est un criterium infailible des lésions intra-nasales, c'est la destruction de la cloison osseuse; lorsqu'elle existe, on peut affirmer la nature syphilitique de la lésion, le lupus étant incapable d'amener par destruction osseuse l'effondrement du nez, qui est un certificat de syphilis.

En 1886, le professeur V. Cozzolino, de Naples, fait paraître dans les fascicules I et II des *Archives italiennes de laryngologie* une longue étude sur le lupus primitif de la muqueuse nasale.

L'auteur, qui semble vouloir s'attribuer l'honneur d'avoir, le premier, fait une étude d'ensemble sur la question, ne cite nullement la thèse de Moinel; mais il nous a été facile de nous convaincre que Cozzolino avait eu connaissance de cet ouvrage, car nous avons trouvé çà et là dans son travail non seulement les idées mais encore les phrases mêmes de l'auteur français. Il y a donc là un oubli regrettable que nous avons à cœur de réparer, puisque dans notre historique nous avons établi que l'étude de l'affection qui nous occupe est de nationalité toute française. C'est le désir de voir rester entre nos mains l'étude du lupus primitif des fosses nasales qui nous la fait choisir comme sujet de travail inaugural. En effet, nous n'avons pas eu l'idée de faire une œuvre originale sur un sujet inédit, nous n'avons eu en vue que de faire profiter des progrès de la science une question que nos devanciers n'avaient pu qu'ébaucher, vu la défectuosité de leurs moyens d'explorer les fosses nasales.

Justice rendue, le travail de Cozzolino est une bonne étude sur la question; nous reprocherons seulement à l'auteur de s'être tenu parfois hors de son sujet (1).

En 1887, dans le n° 15 du *Deutschen med. Wochenschrift*, Max Schäffer, de Bremen, sous le titre de *tumeurs tuberculeuses du nez*, rapporte 6 cas manifestes de lupus primitif de la muqueuse de la cloison cartilagineuse. L'auteur, se basant sur l'étude histologique de ces tumeurs faites par Dietrich Nasse, qui y avait trouvé

(1) Nous avons à cœur de remercier notre camarade Roger Arnaud pour la marque d'amitié qu'il nous a donnée, en voulant bien traduire *in extenso* le travail de Cozzolino.

des tubercules et des bacilles de Koch, et sur l'absence de lupus de la peau du nez, en conclut que ce sont des végétations tuberculeuses autres que des végétations lupiques. La même année, dans le n° 30 du même journal, Maximilien Bresgen attaque Schäffer dans sa manière de voir. L'auteur admet bien que les cas publiés par Schäffer ne dépendent pas de la syphilis, mais du processus tuberculeux. Cependant, de ce que Schäffer n'a pas constaté de tubercules lupiques sur la peau du nez, il n'en résulte pas que cela ne puisse être du lupus. Bresgen ajoute qu'il a vu trois cas de lupus primitif de la membrane de Schneider; dans un cas seulement il a pu constater l'apparition secondaire de quelques tubercules lupiques sur la peau du nez; il rapporte cette observation *in extenso* et en terminant, il dit : « Ce cas confirme d'une manière indubitable l'opinion de Neisser (qui était déjà celle de Werrhner) que le lupus du visage en règle générale n'est que l'extension du lupus d'une muqueuse. »

En 1888, Marty, dans sa thèse sur le *lupus du larynx*, consacre une page aux lésions des fosses nasales qui accompagnent le lupus secondaire du larynx. Nous ne saurions en vouloir à cet auteur d'avoir été si bref sur la question, car cela n'entraîne qu'incidemment dans son sujet; mais nous lui reprochons d'avoir admis que le lupus dans les fosses nasales peut détruire les cornets et la cloison osseuse, qu'il peut donner lieu à des séquestres osseux, car, avec Fournier nous pensons que, lorsque les cornets et la cloison osseuse sont détruits, ce n'est pas au lupus que l'on a à faire mais à la syphilis.

La même année paraît en Allemagne le *Traité de*

Moldenhauer sur *les maladies des fosses nasales, des sinus et du pharynx nasal*. L'auteur fait une excellente description du lupus de la peau du nez ; quant au lupus de la muqueuse nasale, voici ce qu'il en dit : « Le lupus de la muqueuse nasale au début s'annonce par des croûtes qui, d'ordinaire, résident à la partie antérieure des fosses nasales, particulièrement sur la cloison ; le diagnostic serait difficile, si l'on ne trouvait pas en même temps quelques papules isolées de lupus sur les téguments du nez. Les croûtes enlevées, on voit des masses bourgeonnantes, disposées circulairement, qui souvent s'étendent au loin dans les fosses nasales et qui permettent de reconnaître qu'il y a bien ulcération et destruction de la muqueuse. Après avoir détruit la muqueuse, le lupus gagne le cartilage des ailes du nez et la cloison et accomplit là de la même façon son œuvre de destruction. Quand on explore la région avec le stylet ou quand on emploie la curette à bords tranchants, on est d'ordinaire surpris de l'étendue des parties détruites ».

A la même époque, le professeur Voltolini fait paraître son *Traité des maladies du nez* ; mais il ne dit pas un mot du lupus de la pituitaire.

Ce court historique, qui met en lumière la pauvreté de la science en ce qui concerne le lupus primitif de la muqueuse nasale, justifie amplement la résolution que nous avons prise de faire de cette affection le sujet de notre étude.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

- I. *Théorie étrangère* considérant le lupus comme une manifestation de la syphilis héréditaire tardive. — Réfutation basée sur les caractères différentiels des deux affections au point de vue étiologique et symptomatique. — Coïncidence de la syphilis et de la scrofule : scrofulate de vérole de Ricord.
 - II. *Théorie française* admettant l'origine scrofuleuse du lupus. — Démembrement actuel de la diathèse scrofuleuse dont bon nombre de manifestations sont rapportées à la tuberculose.
 - III. *Théorie récente* faisant du lupus une lésion tuberculeuse. — Preuves fournies :
 - 1° *Par l'anatomie pathologique.*
 - (a) Identité de structure du nodule lupique et du tubercule. — Objections : absence de nécrobiose, vascularisation, abondance des cellules géantes, suppuration directe des nodules. — Réfutation des objections.
 - (b) Présence des bacilles constatée histologiquement (explication des recherches infructueuses par la rareté des bacilles) expérimentalement par les inoculations en séries (quelques succès expliqués par la défec-tuosité de la méthode employée).
 - 2° *Par la Clinique :*
 - (a) Existence de formes de tuberculose chronique et végétante servant de transition entre le lupus et la forme ordinaire de la tuberculose.
 - (b) Rapports constatés entre le lupus et la tuberculose centrale.
- Objections : (a) Non hérédité du lupus. — Réfutation établissant l'hé-rédité indirecte. — (b) Différence dans la symptomatologie des deux affec-tions ; existence des formes de transition ; possibilité de modalités diffé-rentes d'un même processus.

I. Il n'est pas de question qui ait préoccupé les auteurs plus que celle de la nature du lupus ; sans avoir l'intention de faire l'exposé de toutes les hypothèses, qui ont été émises sur ce sujet, nous croyons devoir exami-

ner les trois grandes opinions qui, tour à tour, ont eu cours dans la science.

La première théorie, qui a été en vogue pendant fort longtemps à l'étranger, particulièrement en Allemagne et en Angleterre, est celle qui regarde le lupus comme une manifestation tardive de la syphilis héréditaire. Or cette théorie ne nous paraît pas admissible, car la clinique démontre :

(a) Que l'on ne trouve pas dans les antécédents du lupique des faits établissant une relation entre le lupus et la syphilis; son père ni sa mère ne sont syphilitiques; si les enfants issus de parents contaminés peuvent présenter des lésions qui ressemblent au lupus, on trouve cependant des caractères qui permettent de les rapporter à la syphilis.

(b) En étudiant, en effet, en détail les caractères des syphilides ulcéreuses héréditaires et ceux du lupus, on arrive très vite à constater des signes différentiels fournis par l'aspect, la durée et la marche des lésions; pour nous, conclure à l'identité de leur nature, c'est manquer de sens clinique, c'est faire une erreur de diagnostic.

Pour embrouiller davantage la question, l'on a cru devoir créer un lupus syphilitique; c'est une monstruosité médicale, car nous l'avons vu, étiologiquement et morphologiquement, le lupus ne peut être ni rattaché, ni identifié à la syphilis. Pour ne pas quitter notre sujet, pour n'envisager que ce qui concerne les manifestations de la syphilis héréditaire tardive et du lupus sur la muqueuse nasale, nous pouvons affirmer déjà, ce que nous prouverons plus tard, que l'on peut arriver à les différencier.

Aux cliniciens qui viennent nous objecter que le lupus, comme l'hérédo-syphilis, guérit très bien par l'administration de l'iodure de potassium, ce qui, suivant eux, suffit pour établir l'identité de la nature de ces deux affections, nous répondrons que si cet agent a fait disparaître les lésions qu'ils considéraient comme lupiques, c'est qu'elles n'étaient que des manifestations de la syphilis héréditaire ; en un mot, c'est qu'ils avaient fait une erreur que le traitement est venu relever. Il n'est pas possible en effet de guérir avec l'iodure de potassium une lésion reconnue comme lupique au moyen des recherches histologiques et bactériologiques. Cependant il est des cas où nous leur pardonnons leur erreur, car nous croyons que l'on peut rencontrer des lésions qui, d'abord de nature syphilitique, ont pris le caractère du lupus, c'est-à-dire de la tuberculose ; la syphilis peut accompagner le lupus. Hébra, Michaelis, Kaposi, certifient avoir constaté sur la peau des faits identiques. Pour notre compte, nous avons vu à la clinique de notre maître, M. le D^r Moure, sur la muqueuse linguale, se développer chez un tuberculeux une ulcération syphilitique. Cette ulcération présentait d'abord les caractères bien nets observés dans ces lésions syphilitiques, puis la diathèse tuberculeuse l'emportant, ou du moins l'ulcération devenant tuberculeuse par inoculation des bacilles apportés par la respiration, nous l'avons vu perdre ses caractères syphilitiques.

Pourquoi ne pas admettre alors que l'inverse puisse exister ? Mais dans ce cas, si l'on voit avec l'iodure de potassium s'améliorer les lésions, si le substratum syphilitique sur lequel s'est greffée la tuberculose dispa-

raît, les lésions tuberculeuses elles-mêmes n'en subsistent pas moins et n'en sont nullement modifiées. Là encore n'avons-nous pas une preuve fournie par la clinique que l'iodure de potassium ne guérit pas le lupus, qu'il ne permet donc pas d'identifier cette affection avec la syphilis, puisque étant en présence des deux, il fait disparaître l'une tandis que l'autre persiste? C'est encore pour cette raison que nous combattons la manière de voir de Ricord et de Bucquoy, qui faisaient du lupus « un scrofulate de vérole »; nous venons de voir que loin de s'unir comme un acide avec une base, ces deux diathèses, tuberculose et syphilis, gardaient leur individualité et évoluaient chacune séparément, bien que se rencontrant sur le même organisme.

II. La seconde théorie sur la nature du lupus est d'origine exclusivement française. L'école française a de tout temps rattaché le lupus à la scrofule. Se basant sur ce que dans l'immense majorité des cas l'on peut trouver chez les lupiques les traces de ce que l'on appelle la diathèse scrofuleuse (engorgements ganglionnaires, eczéma chronique, blépharite, kératite, coryza chronique, etc.), cette école a fait du lupus une manifestation scrofuleuse. C'est la scrofule maligne tuberculeuse de Bazin, de Cazenave, de Devergie, etc.

Mais aujourd'hui, la vieille diathèse scrofuleuse a été démembrée; les abcès froids, les gommes, les tumeurs blanches, les adénites lui ont été enlevées pour être reportées à juste titre dans le domaine de la tuberculose; quant à ce qui ne peut pas être mis sur le compte de cette dernière, il doit rentrer dans le domaine de la syphilis, surtout dans sa forme héréditaire tardive.

Disons tout de suite que le lupus a été rangé dans la première classe, avec les manifestations de nature tuberculeuse.

III. Voilà ce qui constitue la troisième opinion que nous allons examiner. Elle a rallié l'immense majorité des médecins français et étrangers; mais comme il est encore quelques esprits assez ennemis du progrès pour fermer les yeux devant l'évidence, nous allons passer en revue les raisons sur lesquelles se basent les uns pour admettre, les autres pour repousser cette manière de voir.

(a). Aujourd'hui l'analogie complète du nodule lupique avec le tubercule est absolument démontrée par les travaux qui sont dus en Allemagne à Friedländer, Köster, Lang, Foa, Klebs, Langhans, Stilling, Max Schüller, Schüppel et Virchow; en France, à Charcot, Grancher, Cornil, Leloir, Renaut, Chandelux; en Italie, à Colomiatti et Bizzozero.

Sans vouloir entrer dans l'étude histologique du lupus que nous réservons pour le chapitre anatomopathologique, nous devons dire que le nodule lupique comme le tubercule se trouve constitué par des cellules géantes autour desquelles se trouvent des cellules épithélioïdes, entourées elles-mêmes d'une zone d'éléments embryonnaires.

Quelques histologistes, tels que Baumgarten et de Amicis ont cru devoir s'élever contre cette identité de structure; ils ont tour à tour allégué l'absence de nécrobiose caséuse, la formation moins abondante d'éléments épithélioïdes et plus abondante de cellules géantes, la présence des vaisseaux dans le tissu lupique

et la suppuration directe du nodule, que l'on n'observe pas dans le tubercule. A ces objections, on répond que la persistance des vaisseaux résulte de la lenteur d'évolution du lupus, et que les amas jaunes de ce tissu sont une transformation bien voisine de la dégénérescence caséuse; du reste, ce manque de caséification peut tenir à l'atténuation du virus tuberculeux, qui est démontrée par la facilité plus grande avec laquelle le nodule lupique marche vers la transformation fibreuse, c'est-à-dire vers la guérison; cette dégénérescence fibreuse du nodule lupique, que l'on rencontre dans le tubercule de Bayle, est encore une preuve de plus en faveur de l'identité de ces deux processus.

Quant à la suppuration directe du lupus, qui est plus fréquente que celle du tubercule, c'est un accident, qui survient dans l'évolution du lupus indépendamment de sa nature. S'il suppure, c'est qu'en général il est situé sur des points où les microbes de la suppuration peuvent bien l'atteindre, où les portes leur sont plus souvent ouvertes; si le nodule suppure c'est peut-être parce que les bacilles spécifiques, ceux de Koch, n'étant qu'en petit nombre, la lutte pour la vie est moins pénible pour les microbes de la suppuration, qui pullulent à leur aise. N'est-ce pas ce qui se passe dans les cavernes pulmonaires où, du moment où la suppuration est franchement établie, les bacilles de Koch disparaissent entièrement et sont remplacés par les microbes de la suppuration? Enfin peut-être la meilleure raison pour laquelle le lupus suppure, c'est sa vascularisation, qui ne se rencontre pas dans le tubercule; il est par ce fait un terrain convenable pour l'inflammation. Sans aller chercher les exemples bien loin, dans le lupus des fosses

nasales, ces poussées pseudo-érysipélateuses, ces angio-leucites réticulaires que l'on observe si souvent à titre de complications, ne prouvent-elles pas que le nodule lupique est un terrain convenable pour le développement des micro-organismes infectieux auxquels on doit ces symptômes surajoutés ?

Un autre argument en faveur de la tuberculose est la constatation du bacille de Koch maintes fois observé par Koch, Cornil et Leloir, Pfeiffer, Pagenstecher, Doutrelepon, Demme, Schuchart et Krause. Or, on sait que si la valeur pathogénique des cellules géantes peut être mise en doute, il n'en est pas de même de celle du bacille de Koch ; sa présence dans un tissu est un critérium infaillible pour établir sa nature tuberculeuse.

Malassez, par contre, et quelques autres histologistes n'ont pas pu constater le bacille de Koch dans du tissu lupique ; nous admettons volontiers que ces histologistes n'ont pas dirigé leurs recherches avec persévérance ; la constatation du bacille demande des examens répétés, réitérés, sur un nombre considérable de coupes, cela à cause de sa rareté. C'est ainsi que Koch n'a rencontré de bacilles dans un cas qu'à la 27^e coupe et dans un autre qu'à la 43^e.

Du reste il est encore un autre moyen de prouver la nature d'une lésion, c'est de se servir de l'expérimentation ; or des inoculations en série établissent que le lupus engendre la tuberculose ; c'est du moins ce qu'il résulte des recherches expérimentales dirigées par Max Schüller, Cornil et Leloir, Hyp. Martin, Hueter, Pagenstecher et Pfeiffer. Nous voudrions pouvoir suivre ces observateurs dans leurs expériences pour

montrer combien elles sont concluantes, vu les précautions qu'ils ont prises pour ne pas être induits en erreur ; mais la place nous manquant, nous ne pouvons que renvoyer aux travaux de ces auteurs. Pour ce qui concerne les recherches négatives de Ausspitz, de Conheim, de Vidal et de Kiéner, nous ne pensons pas que l'on puisse les opposer aux expériences démonstratives et concluantes qui précèdent. Ces insuccès s'expliquent par ce fait que les expérimentateurs ne se sont pas mis dans les conditions réglées par Cornil et Leloir et par Martin ; si leur résultat a été négatif, c'est que leur méthode a été défectueuse. Ces expérimentateurs ne se seraient-ils pas servis par hasard pour leur inoculation de produits pathologiques autres que ceux du lupus, puisque souvent le seul moyen de diagnostic réside dans la constatation des bactéries ? Dès lors de leur absence on ne peut pas conclure à leur non-existence dans le lupus.

La clinique vient encore fournir des preuves en faveur de la nature tuberculeuse de cette affection. Ne voyons-nous pas tous les jours, nous surtout spécialistes habitués à manier le laryngoscope, la tuberculose chronique revêtir sur les muqueuses la forme végétante, exubérante, bourgeonnante ? Ce sont là des formes de transition entre le lupus et la tuberculose.

La clinique permet aussi de saisir dans la majorité des cas des rapports entre le lupus et la tuberculose centrale, tels que des lésions pulmonaires, osseuses, articulaires et ganglionnaires. Aujourd'hui, loin d'admettre *à priori* que le lupique est vacciné contre la tuberculose pulmonaire, on a des preuves en main pour accepter au contraire qu'il y est plus prédisposé. Telle est la conclusion de la statistique de Besnier où sur

30 lupiques il y en avait 8 de tuberculeux dans l'acception ordinaire du mot. L'objection que l'on a faite, à savoir que le lupus ne mène pas à la tuberculose, est donc sans valeur; il suffit pour s'en convaincre de lire la thèse de Quinquaud sur *les rapports de la scrofule avec la phtisie pulmonaire*. Renouard, dans sa thèse sur *le lupus et ses rapports avec la tuberculose* a rapporté un grand nombre d'observations, qui permettent d'établir une moyenne de 1 tuberculeux sur 10 lupiques.

On a encore objecté que la clinique ne démontre pas l'hérédité du lupus. Cela ne paraît pas surprenant, si l'on considère le lupus comme le résultat d'une inoculation; mais ce qu'il peut y avoir d'héréditaire, c'est le fond sur lequel se greffe le lupus, c'est cet état spécial de l'économie qui, augmentant sa réceptivité, la met en imminence morbide. C'est ainsi que dans la famille du lupique, on trouve des traces de tuberculose pulmonaire ou péritonéale, ou méningitique; ce qui prouve que, si l'on n'a pas la forme lueuse de la tuberculose, l'on trouve l'autre modalité de ce processus; on peut aussi voir dans une même famille la tuberculose revêtir son caractère d'atténuation chez l'un de ses membres, tandis que chez un autre où la réceptivité organique est plus grande, on la voit envahir les viscères et se manifester par des tubercules vrais, à marche rapide, au lieu de nodules à évolution lente.

Enfin la dernière objection réside dans la différence énorme, dit-on, des lésions au point de vue symptomatique du lupus et de la tuberculose; nous avons déjà répondu en établissant l'existence des formes de transition entre ces deux affections; du reste, la non-similitude de certaines lésions ne prouve pas qu'elles ne puissent

pas appartenir à un même processus, que leur nature ne soit pas la même. Parce que la plaque muqueuse et la gomme n'ont pas les mêmes caractères morphologiques que le chancre, est-ce que l'on hésite à les regarder toutes deux comme des manifestations de la même diathèse syphilitique?

Pour conclure, nous dirons que la nature tuberculeuse du lupus est démontrée par les inoculations en série et par la recherche directe des bacilles; mais assurément il faut tenir compte de la valeur des caractères cliniques que revêt l'affection, il faut les mettre à côté des données expérimentales dans la conception que nous devons nous faire du lupus.

Qu'est-ce donc alors que cette affection? C'est une variété de tuberculose, une modalité peu commune de ce processus, c'est une tuberculose locale, à marche lente, chronique, à bacilles rares, une tuberculose atténuée. Comment expliquer cette atténuation? Elle tient sans doute d'une part au petit nombre des bacilles, qui, ne se trouvant pas dans un milieu bien convenable pour eux, ne se reproduisent pas à leur aise; ils rencontrent trop de résistance dans la vitalité des éléments de l'organisme; ils y perdent leur virulence habituelle, ou du moins ils n'y gagnent pas leur caractère malin, qui dépend du milieu, qui leur vient de dehors, puisque leur virulence est extrinsèque, puisque, leur force, ils l'empruntent à la faiblesse de l'organisme. Cette idée est tellement vraie que si un moment ou l'autre l'organisme vient à faiblir, les bacilles ne restent plus localisés et l'on assiste à leur migration, à l'envahissement de l'économie générale; on les voit revêtir le caractère infectieux qu'ils n'avaient pas au premier abord; le lupus est alors tuberculeux dans toute l'acception du mot.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

- I. *Causes prédisposantes.* — Leur action se borne à rendre la muqueuse nasale apte à servir de terrain de culture aux colonies microbiennes et à leur créer une porte d'entrée. — Influence de l'âge, du sexe, des professions, des traumatismes et de l'ancienne diathèse scrofuleuse.
- II. *Cause déterminante.* — Son unité : Pénétration du bacille de Koch dans la muqueuse nasale. — Nécessité d'un foyer d'infection.

Le lupus des fosses nasales étant considéré comme une tuberculose locale, c'est-à-dire comme le résultat du développement *in situ*, en colonie, d'un parasite inoculé, il ne faut pas chercher les conditions étiologiques capables de provoquer son apparition, dans les modifications que peut imprimer une diathèse à l'organisme entier. Ces conditions étiologiques sont de deux ordres :

Les unes, que nous appelons prédisposantes, ont pour but de modifier la muqueuse nasale, d'augmenter sa réceptivité pour les germes morbides, enfin de la rendre apte à servir de terrain de culture aux colonies microbiennes.

Les autres, que nous considérons comme déterminantes, sont toutes celles qui amènent ou favorisent l'apport sur la muqueuse nasale du microbe incriminé, c'est-à-dire toutes celles qui favorisent le contagé.

Au nombre et en tête des premières, il y a l'âge. Sur les 22 cas dont nous avons pu réunir les observations ou dont nous avons pu relever l'âge, nous avons trouvé :

9	avaient de 20 à 30 ans.
7	» de 30 à 40
5	» de 40 à 57
1	» 17 ans.

Ces données nous permettent de conclure que, contrairement à ce qui passe pour la peau, le lupus primitif de la pituitaire n'est pas une affection de l'enfance ou de l'adolescence. L'âge qui le plus y prédispose est l'âge adulte; c'est une affection qui frappe entre 20 et 50, plus souvent entre 20 et 30 qu'entre 30 et 50 ans.

Comment expliquer que ce soit à l'âge adulte que l'affection se rencontre presque exclusivement ? N'est-ce pas à cet âge cependant que l'organisme est dans les meilleures conditions physiologiques pour résister à une infection ? Sans doute, mais non à une inoculation. C'est justement parce que l'organisme résiste à l'infection que les bacilles, restant localisés, cantonnés sur la muqueuse nasale, donnent naissance à une lésion purement locale ; c'est ainsi qu'au lieu d'avoir de la tuberculose miliaire aiguë généralisée, on a le lupus, cette forme atténuée et localisée de la tuberculose.

D'un autre côté, l'âge adulte n'est-il pas la période de la vie où l'on est le plus exposé aux contagions par suite des relations que l'on entretient avec le monde ? N'est-ce pas encore à cet âge que la muqueuse nasale se trouve le plus souvent en souffrance par suite des traumatismes auxquels l'expose l'exercice de certaines professions ?

Le sexe a-t-il quelque influence sur l'existence de l'affection ? A ce point de vue les 22 cas se répartissent ainsi :

Hommes.	12
Femmes	10

Ce qui nous fait dire que c'est une affection qui frappe les deux sexes à peu près également, avec une légère préférence seulement pour le sexe masculin ; cette différence s'explique par ce fait que l'homme mène une vie plus active, plus extérieure que la femme et dès lors qu'il est plus exposé au contagé et aux poussières irritantes.

Les professions, en effet, qui mettent les sujets en rapport avec des vapeurs ou des poussières irritantes, et qui entraînent avec elles une rhinite chronique presque obligatoire agissent comme causes prédisposantes. En créant une muqueuse pathologique, elles amènent la chute de l'épithélium, elles modifient la structure intime du chorion et diminuent la vitalité de ses éléments, au point que la muqueuse peut se laisser pénétrer par les microbes et offrir un excellent terrain de culture aux colonies parasitaires.

Pour nous, il en est de même de la scrofule qui n'agit pas comme diathèse modifiant l'organisme dans un sens ou dans l'autre, mais bien en créant un état local propre au développement du lupus. Si le lupus des fosses nasales se rencontre si souvent chez les scrofuleux, c'est que cet état dit scrofuleux s'accompagne de coryza chronique. Nous pensons que la scrofule est incapable d'engendrer le lupus ; il faut pour sa genèse

un élément de plus, il faut un agent extérieur, un agent d'inoculation et un agent de contagé.

Les traumatismes de toutes sortes en amenant une érosion de la muqueuse, jouent un grand rôle dans la genèse du processus lupique ; pour se rendre compte de leur importance, il suffit de se rappeler que la cloison cartilagineuse, qui est le siège presque exclusif du lupus, est le point le plus exposé aux traumatismes.

Les traumatismes n'agissent qu'en créant une porte d'entrée au microbe dans la muqueuse nasale, mais la condition essentielle, indispensable, la seule déterminante est la présence du bacille de Koch. Il faut donc un milieu de contagion ; le plus souvent il nous échappe, car l'agent le plus fréquent de contagé est l'air que nous respirons ; cependant il est des cas où l'on peut déterminer quel est le foyer de la contagion. Tel est le cas observé par Bresgen où la malade avait puisé les germes morbides auprès de sa belle-sœur, atteinte de phtisie pulmonaire et dont elle était la garde-malade. Cette personne, qui souffrait depuis longtemps d'un coryza chronique accompagné de prurit, se grattait souvent l'intérieur du nez ; elle avait érodé avec son ongle sa muqueuse nasale, elle s'était inoculé ainsi les microbes contenus dans les crachats expectorés autour d'elle. Quelque temps après, le lupus s'était développé sur la cloison cartilagineuse.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. *Macroscopique* : Variabilité des lésions suivant la période à laquelle on les examine :

- 1^{re} période : Hypertrophie régulière de la muqueuse ;
- 2^e » : Nodosités, bosselures, mamelons ;
- 3^e » : Ulcérations végétantes. — Perforation de la cloison cartilagineuse ;
- 4^e » : Sclérose de la muqueuse.

II. *Microscopique* : Etat de l'épithélium. — Son intégrité relative dans les premières phases du processus. — Son absence complète à la surface des ulcérations.

Etat de la muqueuse proprement dite.

(a) Infiltration de son chorion par les éléments embryonnaires.

(b) Nodules. Leur constitution analogue à celle des tubercules. — Cellules géantes et épithélioïdes.

(c) Bacilles de Koch. — Leur petit nombre.

Etat des vaisseaux. — Leur oblitération par prolifération de l'endothélium.

— Infiltration embryonnaire de la tunique adventive.

Etat de la couche sous-muqueuse et du périchondre. — Mêmes lésions que celles de la muqueuse, mais à un degré moins avancé.

Etat des glandes. — Absence complète de modifications.

I. ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE. — Nous n'insisterons pas sur cette partie de l'anatomie pathologique ; ce serait nous exposer à faire des redites lorsque nous traiterons de la symptomatologie ; cependant nous allons indiquer à grands traits les lésions macroscopiques utiles à connaître pour diriger les recherches microscopiques.

Au début du processus lupique, la muqueuse de la cloison cartilagineuse est rouge et injectée; elle est uniformément gonflée et présente une hypertrophie régulière. Ce qui caractérise cette phase, à laquelle correspond l'infiltration de la muqueuse par les éléments embryonnaires, c'est l'uniformité et la régularité de l'épaississement de cette muqueuse. A un stade plus avancé, le gonflement n'est plus uniforme, la muqueuse, en même temps qu'elle perd de sa coloration rouge, présente des bourrelets, des saillies, des mamelons variables pour la grosseur et pour la forme. Ces lésions s'observent de règle sur la cloison cartilagineuse, puis sur la partie antérieure du plancher nasal, sur la partie interne des ailes du nez, sur la portion antérieure des cornets moyen et inférieur, très rarement sur la muqueuse des parties profondes du nez.

Cette période, caractérisée par ces nodosités qui hérissent la muqueuse, coïncide avec la formation des nodules lupiques. Ces nodosités ne tardent pas à grossir, de sorte que la pituitaire paraît parsemée de petites tumeurs proéminentes pouvant atteindre parfois la grosseur d'une cerise. De consistance très friable, ces mamelons se juxtaposent en petit nombre, se confondent par leur base, se pédiculisent, constituent en quelque sorte un chou-fleur et, si la pédiculisation est plus complète, de véritables polypes (Schmiegelow).

Dans le troisième stade de l'évolution du lupus, dans la phase de régression, qui coïncide avec la caséification et la nécrobiose très limitées des nodules, la muqueuse nasale présente l'aspect suivant :

Elle est recouverte par des croûtes jaunes, verdâtres ou grisâtres, sèches, stratifiées, formées par des leu-

cocytes et des cellules épithéliales de desquamation ; elles sont parfois en assez grande quantité pour oblitérer la lumière des fosses nasales.

Ces croûtes enlevées, on trouve soit de nombreuses ulcérations, soit une ulcération unique siégeant sur la cloison cartilagineuse.

De forme irrégulière, cette ulcération présente des bords déchiquetés et découpés ; peu profonde, en général, elle est de niveau avec la muqueuse, qui présente autour d'elle une zone couverte de nodosités dont nous avons parlé plus haut. Son fond est hérissé de végétations bourgeonnantes, de sorte qu'il est difficile de dire si l'ulcération a perforé la cloison cartilagineuse ; les végétations la masquent, et ce n'est qu'au moyen du stylet ou bien en enlevant ces bourgeons, que l'on découvre la perforation. En général elle est de forme irrégulière et comprend tout le cartilage semi-lunaire.

Dans le dernier stade, ou stade de guérison du lupus, de transformation scléreuse des lésions, la muqueuse se présente sous un aspect blanchâtre assez semblable à celui du tissu de cicatrice ; épaissie, soulevée çà et là par quelques bosselures indurées, elle forme un anneau fibreux qui entoure l'orifice antérieur des fosses nasales, auquel elle imprime un certain degré de sténose.

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE. —
Lésions de l'épithélium : Sur les coupes qui passent par les parties ulcérées, on constate que la couche épithéliale a complètement disparu ; à sa place, c'est-à-dire à la périphérie, à la surface de la muqueuse, on trouve des éléments protoplasmiques embryonnaires, qui se colorent d'une façon très intense par l'hématoxyline et le carmin.

Au contraire, sur les coupes qui passent à la périphérie des exulcérations, on trouve deux états de l'épithélium : ou bien l'épithélium est intact, alors même que les papilles de la muqueuse sont déjà infiltrées par de jeunes cellules, ou bien les cellules des couches inférieures de l'épithélium sont dissociées par des éléments embryonnaires, qui, du centre vers la périphérie, s'insinuent entre elles ; on remarque l'absence de prolifération des cellules épithéliales, de sorte que si l'épithélium paraît épaissi, c'est aux éléments embryonnaires d'infiltration qu'il doit cette augmentation de volume ; les lésions de l'épithélium ne sont donc qu'accidentelles et rares.

Lésions de la muqueuse : Il n'en est pas de même des lésions de la muqueuse qui sont toujours constantes et d'une haute importance ; elles aussi sont variables suivant les points que l'on examine. Sur des coupes passant près de la périphérie du foyer lupique, dans cette portion de la muqueuse, qui ne présente pas encore de nodosités, on constate l'infiltration des éléments de la muqueuse par de jeunes cellules embryonnaires ; l'intensité de l'infiltration augmente à mesure que l'on se rapproche des nodosités ; les éléments lymphoïdes deviennent de plus en plus épais à mesure que l'on gagne le centre. Pressés les uns contre les autres, ils se mettent tantôt en séries, en chaînes, tantôt en amas situés entre les faisceaux du tissu conjonctif plus épais et plus serrés que d'ordinaire. Jusqu'ici rien de caractéristique.

Sur des coupes passant par le centre du foyer lupique on trouve, parmi et à côté de cette infiltration de jeunes cellules, des nodules miliaires circonscrits par d'épais faisceaux de tissu conjonctif.

La structure morphologique de ces nodules est très variable. Rarement ils sont constitués presque exclusivement par des éléments embryonnaires; en général ils offrent la structure suivante :

La masse principale se compose de cellules plus riches en protoplasma que les éléments embryonnaires. Elles présentent un diamètre de deux à trois fois plus grand et contiennent deux ou trois noyaux. Leur protoplasma est trouble, finement granuleux; leur forme est ronde; ce sont les cellules épithélioïdes.

Plus près du centre se trouvent des éléments décrits la première fois dans le lupus par Friedländer : les cellules géantes, qui présentent les mêmes caractères que les cellules du tubercule.

De forme ovale en général, elles présentent à leur surface des prolongements; leur protoplasma fortement granuleux contient un nombre considérable de gros noyaux ovales, qui siègent à la périphérie de la cellule.

Le nombre des cellules géantes dans les nodules, est très variable; très souvent on n'en trouve qu'une, parfois on peut en compter jusqu'à cinq.

Dans ce cas, tantôt elles siègent les unes à côté des autres, tantôt elles sont séparées par des cellules épithélioïdes; le plus souvent elles occupent le centre des nodules, mais il n'est pas rare de les trouver près de la périphérie.

Enfin, la partie la plus externe des nodules est formée par une condensation des éléments embryonnaires de l'infiltrat.

Si l'on traite par le pinceau une coupe du tissu lupique, on constate que les éléments du néoplasme, qui se présentent sous la forme d'une infiltration diffuse ou

sous celle de nodules, sont contenus dans un tissu aréolaire, dans un fin réticulum à mailles de grandeur variable à travées hyalines.

Microbes : On trouve également dans un nodule la présence de très rares bacilles de Koch, qui siègent dans les cellules géantes; leur présence est certaine et indiscutable, mais elle est difficile à mettre en évidence. Leur rareté nécessite un nombre considérable de coupes pour arriver à en trouver une qui en contienne. Rappelons que pour le lupus de la peau, ce n'est qu'à la 27^e coupe que Koch a pu déceler leur présence.

Etat des vaisseaux : Très souvent les vaisseaux sont indemnes; cependant en règle générale on les trouve modifiés.

Dans le premier cas, les éléments embryonnaires se bornent à se placer le long des vaisseaux, des deux côtés en séries linéaires, de telle façon qu'ils paraissent leur former une gaine; d'autrefois ces cellules ne se rencontrent que sur l'un des côtés des vaisseaux.

Dans le second cas, la membrane adventive est infiltrée d'éléments embryonnaires et dans les capillaires l'endothélium a proliféré au point de les oblitérer. Sur une section transversale, la lumière de ces vaisseaux paraît presque complètement remplie par une végétation cellulaire partie de l'endothélium.

Lésions de la couche sous-muqueuse et du périchondre : S'il n'est pas rare de voir les lésions lupiques rester localisées dans la muqueuse où elles ont pris naissance, il est aussi fréquent de les voir se propager à la couche sous-muqueuse et au périchondre de la cloison. Il est inutile d'ajouter que, lorsque ces lésions se rencontrent dans les couches sous-muqueuses, elles sont moins

avancées que celles de la muqueuse. En effet, en général, les lésions dans ces tissus se bornent à la production de l'infiltrat embryonnaire. Cependant, il n'est pas rare d'y trouver des nodules avec les cellules épithélioïdes et géantes.

Quant aux lobules adipeux, ils sont dans la majorité des cas dissociés par les cellules de l'infiltrat, qui se frayent un chemin à travers les cellules graisseuses; souvent il ne reste plus du lobule qu'une ou deux cellules graisseuses perdues dans les éléments lymphoïdes.

Etat des glandes : Dans les cas où le processus lupique reste cantonné dans la muqueuse, les glandes sont intactes, ainsi que le tissu qui les environne. Au contraire, lorsque les lésions pénètrent dans les couches sous-muqueuses, le tissu conjonctif, qui entoure les glandes, est infiltré par les éléments embryonnaires; mais la paroi propre des acini est toujours indemne; l'endothélium, qui les tapisse, n'est nullement altéré; les glandes n'offrent aucune modification de volume.

Telle est l'anatomie pathologique microscopique du lupus de la pituitaire dans sa forme la plus vulgaire, la forme végétante et ulcéreuse; il nous resterait maintenant à parler des lésions de la forme scléreuse, dont nous rapportons un cas; mais les données histologiques nous font entièrement défaut. Nous nous sommes abstenu de faire les traumatismes nécessaires pour nous procurer une pièce anatomique, dans la crainte de donner un coup de fouet aux lésions que nous considérons d'ailleurs comme guéries. Nous émettrons simplement l'opinion que cette forme doit être due à la transformation fibreuse des nodules, produite par l'évolution des

cellules embryonnaires vers un stade plus élevé de leur organisation ; nous ne pouvons que rapporter ce que MM. Vidal et Leloir ont écrit sur la forme scléreuse du lupus de la peau (1) :

« Sur les coupes, les nodules sont constitués surtout par des faisceaux de tissu conjonctif disposés en lamelles concentriques. Ces faisceaux sont séparés par quelques cellules rondes. La sclérose débute à la périphérie de l'ilot, qui est envahi progressivement, de sorte qu'il ne reste plus de tissu embryonnaire qu'à son centre. Dans cette forme, les vaisseaux sont sclérosés. Dans certaines parties, surtout dans la profondeur, on retrouve la texture du lupus tuberculeux avec ses cellules géantes ».

(1) Cornil et Ranvier. *M. d'histologie pathologique*, p. 849.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

I. *Etat local.*

- (a). Symptômes fonctionnels : Début insidieux. — Enchifrènement. — Troubles croissants de la respiration nasale. — Conservation de l'olfaction. — Expulsion de croûtes jaunes verdâtres. — Absence d'ozène. — Indolence absolue des lésions.

(b) Symptômes objectifs.

- (1) Lésions externes : Aspect normal du nez.

Rareté des tubercules secondaires sur le lobule et les ailes.

Indolence du nez à la palpation. — Intégrité des os propres et des cartilages latéraux.

- (2) Lésions internes : Début exclusif du lupus sur la cloison cartilagineuse. — Raisons d'ordre anatomique et mécanique pouvant expliquer cet exclusivisme. — Bilatéralité des lésions.

Trois formes cliniques du processus morbide :

Forme hypertrophique : Nodosités, mamelons, bosselures, végétations exubérantes; leurs caractères : aspect blafard, friabilité, indolence.

Forme ulcéreuse : Ulcération bourgeonnante siégeant de préférence sur la cloison cartilagineuse. Ses caractères : fréquence de la perforation du cartilage semi-lunaire. Sa recherche au moyen du stylet. Intégrité des os (cornets et cloison osseuse).

Forme scléreuse : Dégénérescence scléreuse de la muqueuse avec sténose de l'orifice antérieur des narines.

- II. *Etat général* : Deux catégories de malades : dans la première, conservation d'un bon état général; dans la seconde, déchéance profonde de l'organisme.

I. Le début de l'affection est toujours insidieux; tout symptôme fait défaut, lors de l'installation du lupus sur la muqueuse nasale; en l'absence de toute réaction locale douloureuse et de phénomènes généraux, les

lésions passent pendant longtemps inaperçues; cependant lorsque les malades viennent plus tard en observation, dans un stade plus avancé du processus morbide, on peut presque toujours établir que le lupus de la pituitaire s'est annoncé par les symptômes d'un coryza chronique; aussi le malade ne s'en était-il nullement inquiété. Bientôt l'enchifrènement, qui était très léger au début, n'a pas tardé à s'accentuer; la respiration nasale est devenue de plus en plus difficile et la voix légèrement nasonnée; le malade a éprouvé une sensation très désagréable de prurit, qui l'a forcé à se gratter et c'est ainsi qu'il s'est aperçu que l'orifice antérieur des fosses nasales était comblé de plus en plus par des croûtes jaunes verdâtres, sèches, difficiles à détacher. C'est seulement à ce moment qu'inquiété par la présence d'une tumeur, qu'il peut atteindre avec le doigt après avoir enlevé les croûtes, que le malade s'est décidé à consulter un médecin.

Les symptômes fonctionnels sont les suivants :

La respiration nasale est fortement compromise : elle est même impossible lorsque l'affection est bilatérale : le malade ne peut respirer que par la bouche. La voix nullement éteinte n'a pas toujours son timbre normal, sans être nasonnée, elle est légèrement nasillarde.

Le sens de l'odorat est presque toujours conservé lorsqu'il peut s'exercer, c'est-à-dire, lorsque l'orifice antérieur du nez n'est pas assez obstrué par les végétations lupiques et par les croûtes, pour ne pas laisser passer le courant d'air chargé des particules émanées des corps odorants ; l'anosmie, dans ces cas là, n'est qu'une anosmie d'ordre mécanique; quoique rare elle existe. La persistance de la sensibilité olfactive, qui est presque

de règle, s'explique par ce fait que les lésions siègent dans la portion respiratoire de la membrane de Schneider, la partie olfactive restant le plus souvent indemne.

Il faut toujours rechercher si la pituitaire remplit sa fonction physiologique, surtout dans les cas où l'on ne peut faire la rhinoscopie moyenne à cause des lésions qui siègent sur la partie antérieure des fosses nasales. Cette recherche est utile, car si, dans ces circonstances, l'on venait à constater l'absence de l'odorat, malgré une certaine perméabilité des fosses nasales, on aurait l'indication que les lésions se sont étendues vers les régions postérieure et supérieure de la cavité nasale. Dans ce cas, l'anosmie serait due aux lésions pathologiques de la muqueuse.

Les épistaxis font défaut; nous n'avons pu trouver ce symptôme dans aucun cas.

Des croûtes jaune-verdâtres ou grisâtres sont expulsées en assez grande quantité, ou du moins sont arrachées, car, dures et sèches, elles adhèrent au pourtour de l'orifice antérieur des fosses nasales. On ne constate ni ozène, ni sécrétion purulente fétide. Le malade n'accuse pas d'expulsion de séquestres.

Quant aux symptômes de voisinage, tels que les troubles auditifs et oculaires, nous pensons que s'ils peuvent être observés ils sont très rares. Cozzolino, dans son travail, admet la propagation du lupus de la pituitaire sur la muqueuse de l'oreille moyenne; nous pensons que si ce fait est exact, il doit être rarement constaté, car le lupus ne s'étend qu'exceptionnellement vers la partie postérieure des fosses nasales.

L'épiphora double ou unilatéral peut se rencontrer plus fréquemment; en effet, le canal nasal vient s'ou-

vrir au-dessous de la partie antérieure du cornet inférieur, et comme les lésions lupiques se propagent presque toujours vers cette région, il est vraisemblable d'admettre que cette ouverture puisse être obstruée à un moment donné par un bourgeon lupique ; mais si c'est une complication, qui théoriquement peut se produire, elle n'a pas été observée une seule fois ou du moins elle n'a pas été signalée dans les observations que nous rapportons.

Les symptômes objectifs ont une importance bien plus considérable que ces derniers ; ils sont très variables, car les lésions peuvent se présenter sous des aspects différents, suivant la forme clinique et la modalité que revêt le même processus morbide.

Il n'y a, à proprement parler, qu'une forme de lupus sur la muqueuse nasale, c'est la forme hypertrophique, bourgeonnante, végétante, voire même polypoïde ; mais, suivant le sens vers lequel marche cette première forme, soit qu'elle s'ulcère, soit qu'elle se sclérose, on peut lui ajouter deux autres modalités, l'une ulcéreuse, l'autre scléreuse. Mais ces deux dernières formes ne sont que des phases différentes de l'évolution de la première, ce sont les aspects divers qu'elle présente, lorsqu'on l'observe à un stade plus ou moins éloigné de son début. Nous ne voulons pas dire cependant que le lupus des fosses nasales doive forcément passer par les trois phases ou formes différentes ; ce serait contraire aux faits observés, car l'on voit souvent le processus se maintenir dans la forme hypertrophique ou végétante ; nous voulons dire seulement que ni la forme ulcéreuse, ni la forme scléreuse ne sont telles d'emblée ; toutes les deux débutent toujours par la modalité hypertrophique. En

un mot, la forme ulcéreuse, qui coïncide avec la nécrobiose des nodules et la forme scléreuse, qui se traduit histologiquement par la transformation fibreuse de ces nodules, ne peuvent exister qu'après la formation de ces derniers, c'est-à-dire qu'après que le processus a présenté la forme hypertrophique ; les lésions offriront donc trois modalités.

Forme hypertrophique ou végétante.

» ulcéreuse.

» scléreuse.

Siège du début :

Quelle que soit la forme que le lupus revêt, il débute toujours sur la partie antérieure de la cloison, sur sa portion cartilagineuse, sur le cartilage semi-lunaire. Pour nous, c'est là le siège presque exclusif du début des lésions ; nous sommes donc en désaccord complet avec Wernher, qui écrivait que le lupus débute dans les arrières-fosses nasales au niveau des choanes. Cozzolino admet que les lésions peuvent partir d'un point quelconque des fosses nasales ; théoriquement c'est possible, mais d'après les faits consignés dans les observations que nous rapportons, nous pouvons dire que l'affection a débuté dans tous les cas sur la cloison cartilagineuse. Il en est un cependant, celui de Schmiegelow où le lupus semble localisé sur le cornet moyen ; mais de ce fait que les lésions, au moment de l'examen fait par cet observateur, ne se trouvaient pas sur la cloison, l'on ne peut pas affirmer qu'elles aient débuté sur le cornet moyen ; il n'y a rien qui nous empêche d'admettre que l'affection avait débuté sur la cloison, mais qu'elle était guérie en ce point. Ne savons-nous

pas que le lupus procède souvent ainsi sur la peau, ne voyons-nous pas souvent à mesure que de nouvelles régions sont envahies, les anciennes guérir? Suivant nous, le siège exclusif du début du lupus est la cloison cartilagineuse. Pourquoi cette localisation? Pour l'expliquer, l'on peut invoquer des raisons fournies, les unes par la structure des tissus, les autres par la disposition de la région : les unes étant d'ordre anatomique, les autres d'ordre mécanique.

Ces raisons, les voici :

1° La cloison cartilagineuse est le point le plus exposé aux traumatismes qui agissent de deux façons :

(a) En ouvrant une porte d'entrée aux microbes, aux agents d'inoculation et cela sous forme d'érosions épithéliales.

(b). En entretenant un état inflammatoire, qui crée un *locus minoris resistentiæ*.

2° C'est le point sur lequel vient frapper la colonne d'air, qui entre dans les fosses nasales, chargée de microbes; c'est donc sur la cloison cartilagineuse que l'air se décharge en premier lieu des poussières microbifères.

3° Dans cette région des fosses nasales, la muqueuse se rapproche par sa structure de celle de la peau; or nous connaissons la préférence du lupus pour la peau.

4° En ce point la muqueuse est moins riche en glandes que dans le reste de son étendue, de sorte que, si elle se trouve assez lubrifiée pour retenir les microbes, elle ne l'est pas assez pour les expulser dans une sécrétion abondante.

A la vue, le nez conserve sa configuration et sa conformation normales; il n'offre pas cet effondrement de sa base que l'on rencontre dans la syphilis; nous verrons

plus loin que si cette difformité existe dans cette dernière affection, c'est que les os frappés de nécrose sont éliminés, ce qui ne se voit pas dans le lupus, qui laisse intacte la charpente osseuse.

L'affaissement de la portion inférieure du nez n'existe pas non plus dans le lupus, quoique la cloison cartilagineuse soit détruite; dans la syphilis au contraire la difformité est constante : cette différence en faveur du lupus tient à ce que le lobule du nez est encore soutenu par les végétations lupiques, qui remplissent la perforation, de sorte qu'il n'y a pas perte mais bien substitution de substance.

Le nez est assez souvent cependant, élargi transversalement au niveau de la pointe; les ailes semblent être écartées de la cloison.

La peau dans la majorité des cas est saine, lorsque l'on assiste à la naissance du lupus sur la muqueuse; mais plus tard, lorsque les lésions deviennent extranasales, il est assez fréquent de les voir se propager sur la peau. Sur l'extrémité nasale, sur le lobule, plus souvent sur les ailes et particulièrement sur l'une des deux, parfois dans le sillon naso-génien et sur la joue, exceptionnellement sur la lèvre supérieure, on trouve de petites nodosités lupiques. Très variables pour la grosseur, elles offrent en général le volume d'un grain de mil ou celui d'un petit pois; ces nodosités font légèrement saillie à la surface de la peau, qui, à leur périphérie offre une coloration bleuâtre.

Ces tubercules sont perceptibles à la vue et au toucher et indolores; ils sont dans la majorité des cas recouverts par des croûtes grisâtres ou jaune-verdâtres, qui se reforment à mesure qu'on les enlève.

Dans le lupus secondaire de la peau du nez, l'affection ne présente pas la malignité qu'elle offre dans sa forme primitive; on ne constate pas la formation de ces bourgeons exubérants, de ces choux-fleurs, qui remplacent le nez, dont le squelette cartilagineux a été entièrement détruit. Ici, la confluence des nodules est très rare; le plus souvent ce ne sont que des tubercules isolés, séparés les uns des autres par un espace de peau relativement saine.

La palpation est indolore; en pressant l'extrémité du nez entre les doigts, on ne provoque pas de douleurs; on constate une exagération de volume de la cloison cartilagineuse.

Les os propres du nez ne sont pas augmentés de volume, contrairement à ce qu'ont écrit Moinel et Cozzolino : « Les os propres du nez, disent ces auteurs, sont notablement hypertrophiés; ils sont le siège d'une inflammation chronique très accusée surtout vers leur bord inférieur, qui forme un bourrelet saillant manifeste; les apophyses montantes du maxillaire supérieur présentent une altération analogue ». Pour nous, nous n'avons jamais pu observer ces lésions qui doivent rentrer dans le domaine de la syphilis.

Les cartilages latéraux ne présentent aucune altération; ils ne sont le siège d'aucune destruction; ils n'offrent ni échancrure, ni perte de substance; l'intégrité de ces cartilages, qui est de règle lorsque le lupus débute sur la muqueuse, est fort rare lorsque ce sont les téguments externes, qui sont pris les premiers.

Avant d'examiner le nez avec le rhinoscope, il est un procédé que nous ne saurions assez recommander, car il rend d'excellents services : c'est de faire pencher la

tête du malade en arrière et de relever le lobule du nez avec le pouce de la main gauche, les autres doigts étant fixés sur le front du malade. Avec la main droite, on dirige un faisceau lumineux dans les fosses nasales au moyen d'un miroir concave. On arrive ainsi à voir facilement les lésions, qui siègent sur la partie antérieure de la cloison et l'on en retire l'indication, que si l'on veut se servir du rhinoscope, il ne faut pas l'enfoncer trop profondément, car il couvrirait les lésions. Par ce procédé, on a en outre une vue d'ensemble, car l'on met à découvert les deux orifices du nez; c'est ainsi que l'on constate que les lésions sont en général bilatérales; cependant, sur l'un des côtés, les lésions sont plus avancées que sur l'autre, c'est donc du côté opposé que l'on doit introduire le rhinoscope, si l'on veut observer l'affection à un stade moins avancé de son évolution.

Quoi qu'il en soit, pour bien examiner les lésions en détail il faut se servir du rhinoscope; celui de Duplay, modifié par Mouré, nous paraît être de beaucoup préférable aux autres; il faut l'introduire avec douceur et peu profondément à cause des obstacles qu'il rencontre. Ceci fait, on se sert du miroir à lunettes de Lemnox Browne pour avoir un bon éclairage.

Aussitôt on s'aperçoit que l'orifice antérieur des narines est presque hermétiquement fermé, oblitéré par des croûtes sèches, d'un aspect gris-jaunâtre, qui empêchent de voir les lésions sous-jacentes. Avec l'aide du stylet, on sent que ces croûtes sont dures et très adhérentes à la muqueuse. Pour se rendre compte de l'état de cette dernière, il est indispensable de les enlever; le meilleur moyen, pour nous, est de laisser en place pen-

dant un quart d'heure un tampon d'ouate hydrophile imbibée de la solution tiède suivante :

Glycérine neutre.....	15 gr.
Bicarbonate sodique....	o, 10 centigr.

Le tampon enlevé, le malade reniflera une solution alcaline, ensuite il semouchera ; si cela ne suffit pas pour amener l'expulsion entière des croûtes, on déterge soigneusement la muqueuse avec un porte-ouate trempé dans la solution alcaline. La lésion est alors accessible à l'œil.

Sur la cloison cartilagineuse se présente une tuméfaction énorme, tuméfaction nullement uniforme mais caractérisée par des bosselures, des saillies et des nodosités séparées par des sillons plus ou moins profonds. Ces tubercules sont d'une grosseur très variable ; elle varie d'une noisette à celle d'une framboise ; leur coloration d'un rouge jaunâtre est assez souvent blafarde. D'un nombre parfois très restreint (1 à 2) et variable avec le degré de l'affection, ces petites tumeurs sont très souvent en nombre assez considérable pour donner en ce point à la muqueuse un aspect bourgeonnant, végétant et fongueux.

D'une indolence parfaite au toucher, ces végétations ne saignent que difficilement.

D'une consistance assez friable à leur sommet, elles sont plus fermes à leur base ; du reste, très souvent plusieurs de ces tubercules n'ont qu'une base commune, de telle sorte que les lésions offrent l'aspect d'un chou-fleur ; d'autres fois, au contraire, ces végétations restent isolées, s'allongent et se pédiculisent au point de revêtir la forme polypoïde.

Cet aspect de la muqueuse ne se rencontre pas seulement dans la partie cartilagineuse de la cloison, mais aussi sur le plancher des fosses nasales dans son quart antérieur, sur la face interne des ailes et sur la partie antérieure des cornets inférieur et moyen; mais ici les lésions sont toujours moins accentuées et moins développées.

Tels sont les caractères de la forme hypertrophique de la lésion.

Dans la forme ulcéreuse, la muqueuse se présente sous deux aspects divers; tantôt elle est le siège de petites exulcérations nombreuses, tantôt elle ne présente qu'une seule ulcération, qui se trouve toujours sur la cloison cartilagineuse.

Cette ulcération, qui est masquée par des croûtes, est peu profonde; en général, elle est presque de niveau avec la muqueuse qui l'entoure, parfois même elle est exhaussée, exubérante, bourgeonnante, végétante.

D'une coloration grisâtre, ses bords sont décollés, déchiquetés, découpés et ne présentent aucun tracé régulier.

Cette ulcération est d'une indolence parfaite au stylet. A sa périphérie, on trouve la muqueuse hypertrophiée, gonflée, hérissée de petites nodosités, de petits tubercules encore peu accusés, ce qui trahit une infiltration tuberculeuse diffuse de cette région.

L'ulcération, quoique peu profonde à la vue, a cependant envahi la couche sous-muqueuse, le périchondre et très souvent la cloison cartilagineuse; le cartilage semi-lunaire est parfois détruit, et si la perforation n'est pas visible, c'est que le lupus cache ses méfaits et ses ravages par ses végétations bourgeonnantes. Pour décou-

vrir cette perforation, il est utile de sonder et d'explorer le fond de l'ulcération avec le stylet ; il est assez fréquent de passer d'une narine dans l'autre à travers la cloison. Comment expliquer maintenant que la perforation siège de préférence sur la cloison, même dans les cas où le processus est aussi avancé sur d'autres points de la muqueuse nasale ? « Cela tient, dit Moinel, d'abord et tout naturellement à ce que le mal agissant depuis longtemps en ce point, il est tout simple que son dernier stade s'y montre en premier lieu ; mais il y a une autre cause empruntée à l'anatomie. La pituitaire, qui recouvre la cloison est peu épaisse et le processus ulcératif l'a bien vite détruite dans sa profondeur. Le cartilage sous-jacent, qui en tirait toute sa vitalité manque dès lors des éléments nécessaires à sa nutrition et tombe en gangrène. La perforation ne résulterait donc pas de l'action rongearde du lupus, mais serait la conséquence de l'ulcération de la muqueuse sous laquelle le cartilage ne peut pas vivre ». Si nous partageons la manière de voir de Moinel dans la première partie de ces conclusions, nous ne pensons pas comme lui que la perforation soit due à la suppression des vivres du cartilage, car, s'il en était ainsi, il se nécroserait et serait expulsé en morceaux sous forme de séquestres, comme cela se voit dans la syphilis ; or dans le lupus il n'en est rien, la cloison cartilagineuse est perforée par destruction moléculaire du cartilage. Enfin nous pensons que si la cloison cartilagineuse est détruite de préférence, c'est qu'elle est attaquée des deux côtés par le lupus ; n'avons-nous pas dit que l'affection était très souvent bilatérale ?

Si, continuant nos investigations le stylet en main,

nous le promenons sur le reste des fosses nasales pour chercher des séquestres, des pertes de substance osseuse venant soit des cornets, soit de la cloison osseuse (vomer, os palatin, lame propre de l'ethmoïde), nous ne pouvons avoir la sensation d'un os dénudé. Du reste, comme Kaposi, Hébra, Chaboux, Fournier et Moure, nous admettons que dans le lupus des fosses nasales le squelette osseux n'est jamais détruit. Il en est de même de la perforation de la voûte palatine ; nous croyons le lupus incapable de la produire ; cependant il sera bon d'examiner cette région pour constater son intégrité, qui sera un excellent élément de diagnostic.

Forme scléreuse : Cette forme, qui représente la guérison spontanée du lupus, est la plus rare de toutes les modalités de ce processus morbide ; sur les 22 observations que nous consignons dans ce travail, nous n'avons pu en rapporter qu'un seul cas que nous avons eu la bonne fortune d'observer à la clinique du D^r E.-J. Moure.

Dans cette forme, ce qui frappe au premier abord, c'est un degré de sténose assez avancé de l'orifice antérieur des fosses nasales, sténose occasionnée par un épaissement fibreux de la muqueuse de la cloison cartilagineuse, du plancher dans son quart antérieur et des ailes du nez. On dirait un anneau cicatriciel, qui, sur une largeur de deux centimètres environ, ferait le tour de l'orifice antérieur des fosses nasales. Cette cicatrice présente ceci de particulier, qu'au lieu d'être atrophique, rétractée, elle est hyperplasiée et hypertrophique, rappelant assez bien une chéloïde ; à sa surface, qui présente une coloration blanc-jaunâtre, on trouve quelques bosselures ou nodosités d'une consistance assez dure. Il

est utile d'ajouter que le cas que nous avons observé s'accompagnait de lupus secondaire de la peau, ce qui facilitait le diagnostic.

Etat général : Les malades, au point de vue de l'état général, se divisent en deux catégories :

Dans la première, se trouvent ceux chez lesquels l'affection tuberculeuse intra nasale, restant localisée sur la muqueuse de cette cavité, est la seule base organique ; on comprend que chez eux l'affection nasale ne retentisse pas sur leur santé générale.

Dans la seconde catégorie, rentrent les sujets chez lesquels se révèlent d'autres lésions de la tuberculose, soit sur le pharynx, le larynx, dans les os ou dans les poumons ; chez eux, l'organisme est profondément troublé ; la nutrition et la respiration s'effectuant mal, ils tombent dans le marasme et dans l'hecticité, à moins qu'une complication ne les enlève d'une façon soudaine.

CHAPITRE VI

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS.

I. Fréquence de la propagation du lupus de la cloison à toute la portion respiratoire de la muqueuse nasale.— Rareté de son extension vers le pharynx et le larynx.

Caractères de sa marche : lenteur, accroissement par poussées successives, alternatives d'amélioration et d'exacerbation.

Circonstances et agents qui peuvent influencer son évolution : grossesse, sulfureux, érysipèle.

II. Durée toujours très longue.

III. Terminaisons : guérison spontanée fort rare. Récidive presque assurée. Transformation en épithélioma. Mort par complication viscérale.

Parti de la cloison cartilagineuse, le lupus gagne le plancher des fosses nasales dans sa partie antérieure, la muqueuse des ailes du nez, puis celle du cornet inférieur et du cornet moyen dans leur quart antérieur. En général, le lupus ne va pas plus loin, il reste cantonné dans la portion respiratoire de la pituitaire. Son extension vers les choanes, les arrières fosses nasales, le pharynx et le larynx est tout à fait exceptionnelle. Cependant il est des observations positives (celles de Cozzolino et de Luc) où le lupus ne restant pas localisé dans la portion antérieure des fosses nasales avait envahi le pharynx et le larynx. Certains auteurs vont même jusqu'à dire que le lupus de l'arrière-gorge n'est souvent que l'extension d'un lupus primitivement can-

tonné sur la cloison nasale. Pour nous c'est aller trop loin; nous pensons, au contraire, que si cette propagation du lupus s'effectue vers les premières voies respiratoires, ce n'est pas la règle, mais l'exception. Notre opinion repose sur des considérations cliniques et sur des raisons puisées dans la structure anatomique de la région; le lupus ne s'étend que rarement dans les profondeurs des fosses nasales, parce qu'il rencontre des résistances sérieuses dans la différence de structure de la muqueuse dans sa portion olfactive. Au contraire, l'identité de structure entre la partie antérieure de la membrane de Schneider avec celle de la peau, nous explique la préférence que le lupus affecte de se diriger, non point vers le pharynx, mais au dehors vers les téguments externes; son extension sur la peau du lobule et des ailes du nez est presque de règle, c'est une complication assez fréquente pour que certains auteurs puissent la regarder comme faisant partie de la symptomatologie de l'affection. Cette marche du lupus de la pituitaire vers la peau du visage a frappé les observateurs, au point que certains d'entre eux (Wernher, Neisser) ont pu écrire que le lupus de la face n'est, en général, que l'extension d'un lupus des muqueuses avoisinantes et particulièrement de celui de la membrane de Schneider. Il y a encore là une exagération; le plus souvent le lupus de la face est primitif, il n'est qu'exceptionnellement secondaire.

Tel est l'itinéraire que suit le lupus de la cloison; mais quel est son pas? quelle est son allure?

Le lupus sur la muqueuse nasale suit la même marche que sur les autres muqueuses et nous ajouterons même que sur la peau.

Bazin était dans l'erreur lorsqu'il écrivit que le lupus des muqueuses se différencie de celui de la peau par son allure précipitée. C'est à tort qu'il disait du lupus des fosses nasales : « Ne savez-vous pas que la destruction totale de la cloison du nez et sa perforation s'effectuent dans un très court espace de temps ? » Lorsqu'il écrivait ces lignes, Bazin avait en vue des lésions, qu'il mettait sur le compte de la scrofule, mais qui ne peuvent être imputées à juste titre qu'à la syphilis. Ne savons-nous pas déjà que la destruction de la cloison osseuse ne se voit pas dans le lupus ? Quant à l'évolution rapide de cette affection, nous ne pouvons l'admettre, car elle est en opposition formelle avec les faits observés.

Pour nous, au contraire, l'un des caractères essentiels de la marche du lupus sur la muqueuse nasale, c'est la lenteur qu'il met à progresser.

Il est encore deux autres caractères importants qu'offre le processus morbide dans son allure ; c'est, d'une part, d'avancer par poussées successives séparées par des temps d'arrêt et, d'autre part, de passer par des alternatives d'aggravation et d'amélioration, présentant entre elles des phases de repos pendant lesquelles l'affection reste stationnaire.

De ces trois caractères, que le lupus de la cloison emprunte à sa marche (lenteur, accroissement par poussées successives, période d'exacerbation suivie de rémission), il résulte que c'est une affection de longue durée, nous dirons même d'une durée dont il est impossible de se rendre compte, car les deux limites extrêmes nous échappent. Comment pouvoir fixer le moment exact où le lupus a débuté, puisque, s'installant insidieu-

sement sur la muqueuse, il ne vient en observation que lorsqu'il a atteint un certain degré de développement? De même, nous voudrions pouvoir déterminer le temps que le processus morbide met à parcourir un de ses stades d'évolution, par exemple, à perforer la cloison nasale cartilagineuse; mais l'existence de ces phases de repos, dont le nombre et la durée, on le comprend, sont en rapport intime avec la résistance de l'organisme, ne nous permet pas de l'apprécier.

Nous arrivons donc à dire que la marche et la durée du lupus dépendent bien moins du processus en lui-même que du terrain qu'il rencontre; si nous voulions résumer notre pensée dans une formule mathématique, nous dirions que la marche du lupus dans les fosses nasales est en raison inverse des résistances, que lui présente la vitalité de la muqueuse et par suite l'organisme tout entier.

Quoi qu'il en soit, c'est une affection toujours de très longue durée, se prolongeant pendant des années, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même. Voyons maintenant s'il n'existe pas certaines causes capables d'influencer cette marche, de l'activer ou de la retarder.

La grossesse précipite la marche du lupus de la cloison; sous son influence fâcheuse, l'affection peut prendre les apparences d'une tumeur maligne au point de faire croire à un épithélioma. Tel est le cas rapporté par Verneuil (observation V) où le lupus prit un accroissement rapide et devint douloureux pendant toute la durée de la grossesse; après l'accouchement, au contraire, une amélioration rapide survint aussitôt sans qu'aucun traitement n'eût été institué. On peut rapprocher cette action de la grossesse sur le lupus de

la pituitaire de celle absolument identique qu'elle exerce sur la tuberculose pulmonaire ou laryngée, en faisant remarquer qu'il n'y a là rien d'étonnant, puisque lupus et tuberculose pulmonaire ne sont que des modalités différentes d'un même processus morbide.

Puisque nous en sommes à faire des rapprochements et à souligner des analogies, nous devons rappeler l'action nocive qu'ont les sulfureux sur la tuberculose laryngée, comme l'ont établi Moure, Baratoux et dernièrement Charazac, pour nous demander si ces agents thérapeutiques ne pourraient pas agir de la même façon sur le lupus de la cloison. Nous savons déjà, de l'aveu des dermatologistes, combien les poussées congestives sont à craindre dans le lupus de la peau; si le lupus du visage est le plus rebelle au traitement, c'est qu'il est soumis aux poussées congestives, qui se font si souvent du côté de la face; or, les sulfureux, déterminant une irritation locale vive, entraînent un mouvement congestif bien fait pour donner un coup de fouet aux lésions torpides du lupus.

Enfin il est une maladie intercurrente assez fréquente dans le lupus de la cloison, dont l'action sur cette affection a été pendant longtemps regardée comme curatrice, nous voulons parler de l'érysipèle. Ici nous pensons devoir nous ranger à l'opinion de Courbon et de Moinel, qui estiment que les phénomènes érysipélateux ne font que masquer, pour un instant, les symptômes lupiques sans les modifier d'aucune sorte. Cette opinion est basée sur l'observation rapportée par Duplay où, malgré un érysipèle qui dura 10 jours, le lupus de la cloison ne fit que croître dans la suite.

Il nous reste maintenant à déterminer quelles sont les terminaisons possibles de l'affection qui nous occupe.

La guérison spontanée est fort rare, on l'observe cependant, mais dans ce cas elle n'est qu'une demi-guérison momentanée ; la récurrence est presque assurée ; toutefois il est des cas de guérison durable (nous en rapportons une observation) par transformation fibreuse du tissu lupique ; mais encore ici cette terminaison n'est pas aussi heureuse qu'on pourrait le croire, car elle entraîne après elle une difformité, elle crée une sténose fibreuse, cicatricielle de l'orifice antérieur du nez, sténose contre laquelle on est obligé d'agir par des procédés chirurgicaux bien faits pour réveiller les bacilles endormis, pour briser les portes de leur prison fibreuse, pour rompre les cloisons fibroïdes, qui encapsulent les nodules. De là aux récurrences, il n'y a pas loin.

Un autre mode de terminaison du lupus, qui a été observé sur la peau par Rayet, Devergie, Hébra, Neumann, Volkmann, Bardeleben, O. Weber, Esmarck, Kaposi, Lang, Verneuil, etc., c'est sa transformation en épithélioma. Nous pensons qu'il peut en être ainsi sur la muqueuse nasale. Notre opinion repose sur un cas observé à la salle 9, de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, chez une jeune fille de 17 ans.

La malade présentait, lors de son entrée à l'hôpital, des lésions, qui, ayant débuté manifestement sur la muqueuse nasale, s'étaient propagées d'un côté à la peau du nez détruisant tout l'auvent nasal, d'un autre côté au pharynx et au voile du palais. Quoique la marche clinique des lésions, l'âge de la malade, ses antécédents tuberculeux et l'existence d'un mal de Pott eussent pu faire admettre la nature lupique des lésions, on fit des recherches histologiques qui ne permirent pas d'affirmer la nature tuberculeuse de l'affection, mais qui

vinrent faire soupçonner leur nature épithéliale, quoique d'une manière très incertaine.

Plusieurs mois après, comme les lésions récidivaient après un raclage sérieux, on fit de nouvelles recherches histologiques, qui cette fois démontrèrent d'une façon manifeste que l'on était en présence d'un épithélioma. Nous pensons pour notre compte personnel qu'il pourrait bien s'agir là d'un lupus en dégénérescence épithéliale, qui, d'abord incertaine sur les premières coupes histologiques, s'accusa d'une façon plus nette sur les coupes faites plusieurs mois après.

Enfin le lupus de la cloison peut se terminer par la mort, mais lorsque le sujet succombe ce n'est point aux progrès de son affection nasale, mais à une complication pulmonaire, à la phtisie assez fréquente dans le lupus, comme MM. Quinquaud, Besnier et Aubert l'ont mis en lumière.

La mort peut être encore le résultat d'un érysipèle intercurrent de la face, qui s'observe assez souvent dans le lupus de la cloison, les lésions de la muqueuse et de la peau du nez étant bien faites pour permettre au streptococcus érysipélatus de pénétrer dans le réseau lymphatique.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Affections pouvant être confondues avec :

- I. Les nodosités, les mamelons et les polypes de la forme hypertrophique :
Lésions des cornets : Polypes muqueux. — Hypertrophie polypoïde de la muqueuse des cornets moyen et inférieur. — Rhinite hypertrophique.
Lésions de la cloison : Epaissements simples de la cloison. — Papillomes. — Angiomes.
Lésions de la peau de l'entrée du nez : Herpétides de l'orifice antérieur.
Lésions siégeant dans toute la cavité nasale : Sarcome. — Epithélioma.
- II. Avec la forme ulcéreuse : Erosions de la rhinite catarrhale chronique simple. — Ulcérations des rhinites professionnelles avec perforation de la cloison. — Ulcères variqueux. — Chancres de la cloison. — Ulcérations de la tuberculose miliaire aiguë. — Ulcérations syphilitiques. — Difficulté de différencier la syphilis du lupus. — Parallèle de ces deux affections. — Caractères différentiels tirés du début, de la marche et des symptômes objectifs des lésions. — Importance de l'intégrité des os dans le lupus des fosses nasales. — Contraste entre les antécédents du lupique et ceux du syphilitique. — Insignifiance des lésions cutanées au point de vue différentiel. — Nécessité dans certains cas d'avoir recours au microscope. — Diagnostic thérapeutique comme dernière ressource.
- III. Avec la forme scléreuse : Sténoses cicatricielles d'origine congénitale ou traumatique. — Commémoratifs. — Absence ou présence de tubercules sur la peau du nez.

Le lupus primitif de la pituitaire pouvant présenter, suivant le moment où on l'observe, des aspects différents correspondant à des phases diverses de son évolution, il faut, pour établir son diagnostic, le différencier de toutes les affections qui peuvent se traduire soit par une hypertrophie irrégulière, soit par des ulcérations,

soit par un état scléreux de la muqueuse de la partie antérieure des fosses nasales.

I. Voyons d'abord les affections, qui peuvent être confondues avec la forme hypertrophique du lupus.

Les polypes muqueux sembleraient au premier abord ne pas pouvoir en imposer pour des lésions lupiques. Cependant, vu le cas observé par Schmiegelow où l'affection avait affecté la forme polypoïde et siégeait sur le cornet moyen, il paraît utile de faire le diagnostic différentiel de ces deux lésions.

Les polypes muqueux débutent sur le cornet moyen et le lupus sur la cloison. Mais c'est là la généralité des cas. Zuckerkland a vu trois fois des polypes muqueux s'insérer sur la cloison et Schmiegelow a trouvé un polype lupique sur le cornet moyen.

La consistance des polypes muqueux est élastique et celle des polypes lupiques est molle; les myxomes augmentent de volume avec une atmosphère humide, le lupus ne présente aucune de ces variations de volume.

D'une couleur très pâle à peu près similaire, ces deux sortes de polypes offrent une surface différente; lisse chez les myxomes, chez les polypes lupeux, elle est bosselée et noueuse. Enfin le lupus marche par poussées successives, se recouvre de croûtes et s'ulcère, tous symptômes inconnus chez les myxomes.

L'hypertrophie polypoïde de la muqueuse des cornets moyen et inférieur ressemble par certains côtés à la forme polypoïde du lupus, mais on reconnaît bien vite que l'on est en présence d'une muqueuse nullement dégénérée par un néoplasme. Elle garde sa coloration rouge normale qui contraste avec la couleur gris bla-

fard du tissu lupique. On ne trouve pas ces nodosités et ces mamelons, qui appartiennent en propre au lupus; du reste, la muqueuse de la cloison est indemne. Si toutefois le doute persistait, on n'aurait qu'à badigeonner la muqueuse hypertrophiée avec une solution de cocaïne à 1/10 pour la voir diminuer immédiatement de volume, ce qui ne se produirait pas pour la muqueuse farcie de nodules lupiques.

La rhinite hypertrophique, presque toujours bilatérale et symétrique, siège sur les cornets inférieurs à l'exclusion de la cloison. D'un aspect blafard, la muqueuse hypertrophiée est lisse à sa surface, ce qui tranche à côté des mamelons lupiques; elle aussi est réductible sous l'action de la cocaïne.

L'épaississement simple de la cloison, tel que l'a décrit Miot dans un article publié dans la *Revue mensuelle de laryngologie*, (1^{er} mai 1888), offre parfois une ressemblance assez grande avec le lupus de la cloison. Siégeant comme lui sur la cloison cartilagineuse, cette affection s'annonce, comme le lupus au début, par de petites tumeurs à surface lisse ou mamelonnée, qui se confondent avec la cloison; mais ces lésions se différencient de celles du lupus par le fait, qu'au lieu de débiter par la muqueuse, elles débiterent par le périchondre dont elles ne sont que l'épanouissement. Ces petites tumeurs font corps avec la cloison, elles sont dures au toucher; au lieu de présenter une consistance molle et friable comme celle des mamelons lupiques, elles donnent une sensation élastique. Enfin le lupus s'écarter de ces lésions par sa marche envahissante, par l'apparition d'ulcérations et la formation de croûtes.

Les papillomes de la cloison peuvent être pris pour les productions verruqueuses du début du lupus; cependant les saillies mamelonnées du lupus sont plus grosses et plus arrondies à leur surface que les papillomes; mais il n'y a là rien de bien caractéristique, car les papillomes peuvent prendre une forme de chou-fleur assez semblable aux petites tumeurs polynodulaires pédiculisées, par lesquelles se traduit très souvent le lupus au début. Dans ces cas il faut attendre quelque temps afin de voir la marche que prendra l'affection, ou bien recourir au microscope.

Les tumeurs érectiles de la muqueuse de la cloison cartilagineuse se distinguent très nettement des petites tumeurs nodulaires du lupus commençant. Se présentant sous la forme d'une petite tumeur solitaire, l'angiome offre le volume d'une petite cerise, non pédiculée, d'une coloration rouge sombre et animée de pulsations. Pourrait-on trouver là quelque ressemblance avec ces mamelons gris blafards, exubérants et multiples du lupus? Nous ne le croyons pas.

De même il nous paraît inutile de mettre en parallèle les choux-fleurs lupiques avec les fibromes, les enchondromes, les exostoses, les déviations et les abcès chroniques de la cloison, affections dont la consistance, l'aspect et l'évolution diffèrent absolument des caractères du lupus.

Il n'en est pas de même des sarcomes, qui, par la formation de bourgeons multiples exubérants et friables, pourraient faire croire un instant au lupus des fosses nasales. Mais le sarcome diffère du lupus par son début presque constant sur la cloison osseuse ou sur les parties supérieures des fosses nasales, par sa marche

rapide, par l'envahissement en quelques mois de toute la cavité nasale, par un écoulement muco-purulent, par une odeur infecte, par des épistaxis et enfin par son retentissement sur l'état général.

L'épithélioma des fosses nasales pourrait aussi induire le clinicien en erreur; mais si l'on tient compte de l'âge des malades, qui est plus avancé que dans le lupus, des antécédents, qui ne ressemblent en rien à ceux de la scrofulo-tuberculose, de la marche rapide et régulièrement progressive des lésions, des prolongements nombreux, qui poussent dans toutes les directions, de l'envahissement des ganglions lymphatiques, des douleurs spontanées, des épistaxis, des sécrétions fétides et ichoreuses, il nous paraît absolument impossible de confondre cette affection avec le lupus.

Le lupus évolue avec lenteur, sans sécrétions fétides, sans épistaxis, sans douleurs et sans retentissement sur la santé générale; il offre des périodes d'aggravation et d'amélioration et marche parfois vers la guérison spontanée.

Il est une autre affection très analogue au lupus, pour les raisons suivantes : son siège est presque identique; elle forme des croûtes abondantes et le terrain sur lequel elle se développe est le même que celui du lupus, c'est l'eczéma chronique de l'entrée du nez, appelé aussi quelquefois herpétide du nez.

Mais si ces lésions se rencontrent, elles aussi, le plus souvent chez les scrofuleux, si elles siègent de même à l'entrée du nez, à l'encontre du lupus qui naît sur la muqueuse, elles débutent sur la peau de l'entrée des fosses nasales; il en résulte que ces lésions sont situées moins profondément que le lupus. Elles donnent

naissance à de nombreuses croûtes jaune-verdâtres ou grisâtres, qui, en se desséchant, obstruent l'entrée des fosses nasales, comme celles du lupus dont elles offrent les mêmes caractères; mais, si l'on a soin de les enlever, on ne constate que de légères érosions de la peau; la muqueuse reste indemne, elle ne présente ni ces nodosités, ni ces bosselures, qui constituent les lésions lupiques.

II. Le lupus dans sa forme ulcéreuse pourrait être confondu, par des observateurs peu accoutumés à manier le rhinoscope, avec certaines lésions ulcéreuses que nous allons passer en revue.

Ce sont, en premier lieu, les ulcérations que l'on rencontre dans la rhinite chronique simple sur la partie antérieure de la cloison. Quoiqu'en aient dit les auteurs et surtout Morell-Mackenzie, nous ne croyons pas qu'elles puissent amener la perforation de la cloison cartilagineuse.

Ce ne sont que de légères érosions de la muqueuse, qui restent superficielles et ne gagnent jamais les tissus sous-jacents. En général, une fois les croûtes enlevées, elles se présentent sous l'aspect de petites plaques rouges, de niveau avec la muqueuse, qui paraît seulement rouge et tuméfiée autour d'elles. Elles n'ont donc rien qui ressemble aux ulcérations bourgeonnantes, exubérantes et destructives du lupus.

Ce sont les ulcérations consécutives aux rhinites traumatiques ou professionnelles dues au contact des poussières ou des vapeurs irritantes. Ces ulcérations grisâtres et taillées dans les tissus peuvent s'accompagner de perforation du cartilage triangulaire. Mais à la différence du lupus, ces lésions s'annoncent par des

épistaxis abondantes et la perforation de la cloison si elle existe, est à découvert, elle n'est pas masquée par des végétations comme dans le lupus ; enfin la muqueuse est indemne de cette infiltration nodulaire caractéristique des lésions lupiques.

Ce sont les ulcères variqueux de la muqueuse de la cloison cartilagineuse, qui se présentent sous l'aspect de petites ulcérations, de niveau avec la muqueuse, d'une coloration grisâtre ; ces ulcères offrent sur leurs bords une zone rouge sombre dans laquelle on observe un réseau de vaisseaux dilatés ; ils s'accompagnent, en outre, d'épistaxis répétées. Rien là encore qui puisse faire croire à des lésions lupiques.

Quant aux ulcérations chancreuses, qui, elles aussi, siègent sur la cloison cartilagineuse, il est impossible de les confondre avec une ulcération lupique. Les circonstances dans lesquelles ces ulcérations apparaissent, les phénomènes inflammatoires et douloureux, qui les accompagnent, leurs caractères objectifs bien différents de ceux du lupus et leur évolution rapide sont autant de signes, qui les différencient des lésions lupiques.

Enfin il est une autre affection ulcéreuse, qui, à cause de son siège presque exclusif sur la cloison cartilagineuse, doit être différenciée du lupus ulcéré, nous voulons parler de l'autre modalité du processus tuberculeux. Il existe effet sur la muqueuse nasale une forme de tuberculose miliaire aiguë, qui ressemble beaucoup à celle qu'Isambert a décrite dans la gorge ; c'est celle que M. Cartaz a étudiée. Nous ne pensons pas que l'on puisse confondre ces deux modalités cliniques ; il suffit de se rappeler les caractères des ulcérations de cette forme miliaire pour être à l'abri de toute erreur :

Ce sont de petites ulcérations de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à 1 franc, d'une coloration grisâtre, à bords légèrement saillants au-dessus de la muqueuse, et autour d'elles il existe un semis de petites granulations jaunâtres de la grosseur d'une tête d'épingle. Elles sont donc loin d'offrir l'aspect des ulcérations bourgeonnantes, exubérantes et végétantes de la forme qui nous occupe.

Elles s'accompagnent en outre toujours de lésions pulmonaires, qui font défaut d'ordinaire dans le lupus. Quoique n'étant que des modalités du même processus, ces deux ordres de lésions diffèrent totalement l'un de l'autre au point de vue clinique; c'est que dans un cas le microbe conservant toute sa virulence a déterminé l'infection générale de l'organisme, tandis que dans l'autre cas, dans le lupus, le bacille est resté localisé dans la membrane de Schneider; rencontrant un organisme plus résistant, il a perdu sa virulence.

Mais la seule maladie, qui est de nature à créer des difficultés sérieuses dans le diagnostic du lupus est la syphilis. Lupus et syphilis, voilà les deux affections dont on discute toujours le diagnostic différentiel. Pour ce qui concerne les lésions nasales que peuvent déterminer ces deux processus morbides, il existe entre elles de très grandes ressemblances. Il existe dans les fosses nasales une lésion d'origine syphilitique, qui se rapproche cliniquement tellement du lupus, que l'on a cru devoir lui donner le nom de lupus syphilitique; pour nous, nous pensons que l'on ne doit pas conserver le nom de lupus, qui indique une lésion tuberculeuse, à une manifestation de la syphilis. Quoi qu'il en soit, ce lupus syphilitique se présente sous la forme de masses

bourgeonnantes, qui, parties de la cloison, ne tardent pas à envahir tout l'orifice antérieur des fosses nasales; bientôt s'effectue la perforation de la cloison cartilagineuse et des tubercules apparaissent sur la peau des ailes et des lobules du nez (Chaboux). Voilà des lésions similaires de celles de l'affection qui nous occupe; mais malgré leurs grandes ressemblances, nous pensons qu'il est possible d'arriver à les distinguer l'une de l'autre, à assigner à l'une la nature tuberculeuse et à l'autre la nature syphilitique.

Les premières données différentielles nous sont fournies par les caractères qu'offrent ces deux affections dans leur évolution.

Le lupus est absolument indolent, la syphilis au contraire s'accompagne souvent de douleurs térébrantes quelquefois atroces avec un état fébrile assez marqué.

L'un débute toujours par la muqueuse; l'autre, bien qu'elle puisse en faire autant, s'attaque le plus souvent directement aux tissus sous-jacents, aux cartilages ou aux os sous forme de périchondrite ou d'osteïte. C'est dire que, si le lupus procède de dehors en dedans, la syphilis marche plutôt de dedans en dehors, de la profondeur vers la superficie.

La marche du lupus est lente et torpide, celle de la syphilis est rapide; cette dernière, dit Fournier, opère en un mois ce que le lupus demande des années pour faire.

Le lupus est casanier, selon l'expression heureuse de Fournier, il reste cantonné sur un point; la syphilis, au contraire, est migratrice; tandis que les lésions du premier se maintiennent dans le segment antérieur des fosses nasales, au département cartilagineux du nez, la syphilis se propage à la hâte et gagne bientôt les parties supérieure et postérieure des fosses nasales.

Si le lupus débute toujours sur la muqueuse de la partie antérieure de la cloison, la syphilis prend naissance aussi bien sur la partie postérieure de la cloison ou sur les cornets moyens.

Le lupus n'attaque pas le squelette osseux des fosses nasales, il détruit la cloison cartilagineuse, puis c'est tout. La syphilis, par opposition, ravage les os de préférence; c'est ainsi que l'effondrement de la base du nez, par nécrose de la cloison osseuse et des os propres, est exclusivement du domaine de la syphilis, au point que Fournier a pu écrire que cet aspect du nez est un « certificat de syphilis ». Le lupus ne produit jamais de séquestres, qui sont si fréquents dans l'autre affection. N'engendrant pas de séquestres, il ne donne pas lieu à des sécrétions fétides, purulentes, abondantes, qui ne tarissent qu'après l'expulsion de quelque os nécrosé et dont l'odeur rappelle celle de l'ozène.

Les perforations palatines, si fréquentes dans la syphilis, lorsqu'elles sont constatées, permettent d'exclure le lupus; les mutilations des parties externes du nez, la destruction des cartilages latéraux inconnues dans le lupus primitif de la pituitaire sont propres à la syphilis.

On peut trouver encore des symptômes différentiels dans les caractères et les signes objectifs de ces deux ordres de lésions. Soit, par exemple, une ulcération située sur la cloison cartilagineuse. Si elle est d'origine syphilitique, ses bords, très accentués, sont nettement taillés à pic; durs, engorgés, adhérents, non décollés, ils affectent une forme circulaire. Son fond notablement déprimé et anfractueux est recouvert d'un enduit gris jaunâtre. S'il en est résulté une perforation, elle se

présente sous l'aspect d'une perte de substance de forme ovalaire et manifestement visible.

Si au contraire cette ulcération est d'origine lupique, ses bords sont mous, sans relief, décollés, non taillés à pic et de configuration irrégulière. Moins profonde que la précédente, celle-ci est de niveau avec les parties ambiantes; quelquefois même son fond est exhaussé et exubérant. D'un aspect blafard, il est constitué par des bourgeons végétants. Ces lésions sont bilatérales; elles existent aussi de l'autre côté, sans que l'on puisse dire si la cloison est intacte. S'il existe une perforation elle est invisible, masquée qu'elle est par ces productions exubérantes; pour la déceler, il faut se servir du stylet. Voilà pour les lésions intra-nasales.

Les lésions externes ou cutanées, qui se montrent secondairement assez souvent dans le lupus primitif de la pituitaire ont-elles bien toute la valeur diagnostique qu'on leur prête? Certains auteurs ont écrit et l'on a dit après eux, que lorsque les tubercules apparaissent sur la peau du nez, ils lèvent le doute au point que l'on est sûr d'être en face d'un lupus. Nous ne pensons pas comme ces auteurs, car il est une lésion cutanée de la syphilis (compagne fidèle des lésions intra nasales dans la forme héréditaire tardive), qui ressemble énormément au lupus tuberculeux, nous avons nommé les syphilides tuberculeuses. Cette lésion est caractérisée par la production de tubercules de volume et de configuration identiques à ceux du lupus; ces tubercules sont isolés ou groupés d'une façon similaire; de sorte qu'il est difficile de les différencier de ceux du lupus. On a écrit, et nous le savons, que les syphilides présentent une coloration rouge sombre, tandis que le lupus offre une

teinte rouge jaunâtre, ou sucre d'orge, que le tubercule syphilitique est dur au toucher, tandis que le tubercule lupique, mou, se laisse écraser sous le doigt; que le premier se recouvre de croûtes stratifiées comme des écailles d'huitres et d'une couleur brunâtre, qui contrastent avec les croûtes étagées sans ordre et d'un aspect gris jaunâtre du lupus. Mais ces caractères sont parfois si peu accusés, si peu nets, que nous pouvons dire que les lésions cutanées, regardées comme un criterium dans le diagnostic du lupus de la pituitaire, n'ont aucune valeur à ce point de vue.

Tels sont les éléments de diagnostic fournis par l'étude attentive des lésions; mais il est une autre série de faits, qui, constituant le diagnostic rationnel, permettent de différencier la syphilis du lupus. Ce sont les antécédents morbides des malades. Chez le lupique (quoique tout antécédent de ce côté puisse faire défaut), il est assez fréquent de trouver d'autres signes de tuberculose, soit chez lui : pleurésie, adénopathies, tumeurs blanches, mal de Pott, soit dans sa famille sous forme de tuberculose pulmonaire, péritonéale et méningitique. Si la syphilis est acquise, on trouve dans l'histoire du malade un chancre, des polyadénites, des maux de gorge, de l'alopecie, de la roséole et par l'examen actuel, des accidents tertiaires contemporains des lésions nasales, c'est-à-dire des exostoses, des gommès, etc.

Si les lésions sont héréditaires, on peut obtenir du père des aveux ou trouver sur lui des traces aussi explicites. Auprès de la mère, on relève des fausses-couches répétées sans explication plausible et dans la famille des morts de jeunes enfants.

Enfin, chez le sujet lui-même, il est souvent facile, en

lui faisant subir un examen attentif, de reconnaître d'autres signes de syphilis héréditaire, tels que ceux de la triade de Hutchinson (kératite interstitielle, surdité brusque sans lésions, malformation dentaire) ou de l'atrophie scléreuse des testicules, des cicatrices caractéristiques des régions fessière et lombaire, soit encore des lésions osseuses et articulaires. Mais si ces lésions, que nous venons de signaler, ne peuvent être décélées, il ne s'en suit pas que l'on ne soit pas en face de lésions syphilitiques héréditaires ; car, si dans la majorité des cas, les lésions nasales, qui sont des accidents tertiaires, de la syphilis héréditaire tardive, sont le plus souvent précédées d'autres manifestations de la même diathèse dans le premier âge, il peut se faire qu'elles soient les premiers accidents, qui atteignent le sujet vers l'âge adulte, le plus souvent entre 15 et 28 ans.

Enfin, si les signes objectifs et les signes rationnels ne permettent pas de faire le diagnostic différentiel, on devra se servir du microscope pour établir la nature de l'affection. On se basera sur les recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques, on constatera l'existence des nodules lupiques et on décèlera la présence des bacilles de Koch. Mais si ces recherches bactériologiques et histologiques sont impossibles, soit par défaut d'instrumentation, soit parce que le sujet se refuse à fournir un morceau de muqueuse nasale assez étendu pour permettre de trouver les éléments caractéristiques, il reste au clinicien un suprême moyen, une dernière ressource pour différencier le lupus de la syphilis, c'est d'instituer le traitement spécifique, qui lève tous les doutes. Ici, disons en passant, que le traitement, qui donne les meilleurs résultats dans les lésions intra nasa-

les, est le traitement mixte basé sur les mercuriaux et l'iodure de potassium; bien souvent nous avons vu le sirop de Gibert réussir là où l'iodure de potassium seul avait échoué. Une bonne formule est celle du sirop ou de la solution employés par le D^r E.-J. Moure.

Bi-iodure de mercure.	0 gr. 10 à 0 gr. 15
Iodure potassique.	15 gr.
Sp. écorc. or. am. ou eau.	300 gr.

De 1 à 2 cuillerées à bouche par jour dans une tisane amère.

III. Quant à la forme scléreuse du lupus, elle ne peut être confondue qu'avec les sténoses congénitales de l'orifice antérieur des narines ou avec les sténoses cicatricielles consécutives à des traumatismes ou à des brûlures. Mais les commémoratifs et la présence de tubercules lupiques sur la peau du nez permettront de reconnaître la nature de cette sténose.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Bases sur lesquelles il repose :

1° Etendue et caractère des lésions;

2° Leur nature.

(a) Sa variabilité suivant que le lupus reste cantonné ou non dans les fosses nasales.

Lésions toujours sérieuses vu leur persistance, leur ténacité et leurs récidives, bien qu'elles restent localisées dans les cavités nasales.

Leur gravité plus grande lorsqu'elles envahissent les premières voies respiratoires et digestives, à cause des troubles de la déglutition et de la respiration.

(b) Pronostic assombri par la possibilité de complications graves viscérales, dues à la migration des bacilles.

Pour établir le pronostic de la maladie qui nous occupe, il faut l'envisager sous deux points de vue différents : comme affection locale plus ou moins circonscrite dans les fosses nasales et comme foyer possible d'une infection générale, tenant tous les points de l'organisme dans l'imminence morbide.

I. Comme affection locale, le lupus des fosses nasales peut présenter deux formes intéressantes à étudier, puisqu'elles entraînent avec elles un pronostic différent.

(a) Si le lupus reste localisé dans les fosses nasales, comme tumeur nasale, il occasionne de l'enchifrènement; la respiration ne se fait plus par le nez et le

malade se trouve ainsi exposé aux accidents occasionnés par la respiration buccale, tels que les angines, les laryngites et les bronchites répétées.

Mais ce ne sont pas là les inconvénients les plus sérieux du lupus ; si l'on considère que les lésions s'ulcèrent souvent et que par suite les bacilles de Koch mis en liberté se trouvent à la surface de ces ulcérations, n'est-on pas en droit de se demander s'il n'existe pas dans ce foyer infectieux, situé sur le passage de l'air inspiré, toutes les conditions réunies pour amener l'infection secondaire des poumons ?

Si l'on tient compte de la persistance de l'affection, de sa ténacité, de ses nouvelles poussées ou récidives qui surviennent souvent sur les cicatrices, qui, restant indurées, saillantes et rouges, donnent l'impression au chirurgien qu'il ne peut compter sur elles, si l'on tient compte, disons-nous, des opérations chirurgicales douloureuses, dont l'intervention devient nécessaire, puisque l'affection ne guérit spontanément que dans des cas exceptionnels, et des infirmités, telles que les sténoses cicatricielles que laisse après elle sa guérison, le pronostic à peu près favorable, qu'on était tenté de porter au premier abord sur l'affection, s'assombrit beaucoup pour devenir des plus graves avec la forme suivante où la maladie revêt des caractères de malignité.

(b) Ici, ne restant plus localisé dans les fosses nasales le lupus envahit le visage, compromettant ainsi l'esthétique ; s'il ne détruit pas tout l'auvent nasal, il défigure le sujet. Bientôt il envahit les premières voies respiratoires, de sorte qu'en tenant compte des perforations du voile du palais, des synéchies entre ce voile membraneux et la paroi pharyngienne, adhérences qui compro-

mettent la phonation et la déglutition et en dernier lieu des laryngosténoses, qui, petit à petit, hématient l'individu pour l'amener jusqu'au spasme final, n'est-on pas en droit de conclure que le lupus des fosses nasales en tant qu'affection locale comporte un pronostic assez inquiétant?

II. Considérée comme manifestation locale de la tuberculose, l'affection, qui nous occupe, ne perd pas de la gravité de son pronostic. Tout à l'heure, nous ne l'envisagions que comme pouvant entraîner des lésions de voisinage, maintenant il faut compter avec des accidents, qui peuvent d'un moment à l'autre éclater dans un point quelconque de l'organisme, par dissémination soudaine des germes morbides jusque-là cantonnés dans la muqueuse nasale. Pour se faire une idée exacte du pronostic, il faut toujours envisager la possibilité de complications graves, telles que la phtisie pulmonaire, la méningite bacillaire et la tuberculose miliaire aiguë.

Telle est la gravité du lupus primitif des fosses nasales, lorsqu'il est abandonné à lui-même; mais nous nous empressons d'ajouter que la thérapeutique vient éclaircir ce pronostic si sombre : par un traitement général bien compris, les chances d'une infection générale diminueront; par un traitement local bien dirigé, le lupus, d'abord circonscrit dans les fosses nasales, recèdera et guérira; d'une affection sérieuse au premier chef, la thérapeutique, en lui enlevant son caractère de malignité, en fait une maladie guérissable.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

- I. *Traitement général* tonique et reconstituant pour renforcer l'organisme dans sa lutte contre les bacilles de Koch. — Son action se borne à empêcher la migration des germes morbides momentanément cantonnés dans la muqueuse nasale. — Son rôle prophylactique contre les complications viscérales. — Moyens hygiéniques, pharmaceutiques et hydrologiques
- II. *Traitement local* : Seul curatif, il peut être dirigé contre les bacilles ou contre les nodules lupiques.
- (a) Impuissance des antiseptiques bien qu'employés sous toutes les formes.
 - (b) Résultats meilleurs obtenus par la destruction des nodules, soit chimique (caustiques liquides et solides, électrolyse), soit mécanique (compression, scarification, cautérisation galvanique et raclage).
- Supériorité du raclage sur tous les autres moyens thérapeutiques dans le lupus de la cloison. — Indications à suivre pendant l'opération. — Anesthésie générale. — Tamponnement des choanes. — Intervention par les voies naturelles. — Usage de la curette de Volkmann. — Inutilité et impossibilité de l'emploi du rhinoscope. — Opération aussi complète que possible même au prix de délabrements considérables. — Abondance de l'hémorragie, mais son arrêt facile.
- Traitement consécutif* : Antiseptiques en tampons, insufflations, badigeonnages, irrigations et pulvérisations. — Surveillance de la cicatrisation en vue des récidives et des sténoses.

Le traitement du lupus des fosses nasales doit être local et général. Le traitement local a pour but de détruire les nodules lupiques et le traitement général d'empêcher la dissémination des bacilles de Koch; le premier est curatif, le second prophylactique.

I. « Tuer le bacille, disent Lailler et Mathieu, par une médication générale ne paraît pas possible dans l'état actuel de nos connaissances. Il semble que tout ce que nous pouvons faire consiste à renforcer l'économie dans sa lutte contre le parasite ». En relevant la nutrition générale des malades, en diminuant la réceptivité de l'organisme, en mettant le terrain, que les bacilles ont tendance à envahir, dans les meilleures conditions de vitalité, c'est-à-dire de résistance, peut-être pourra-t-on leur rendre l'économie inhabitable, les cantonner dans la muqueuse nasale, s'opposer en un mot à leur migration.

Pour atteindre ce but, le médecin devra employer des moyens hygiéniques, pharmaceutiques et hydrologiques.

(a) On conseillera aux malades d'habiter dans un climat tempéré, à la campagne où l'on respire un air pur et où l'on prend des bains de soleil. Si tout déplacement est impossible, on leur recommandera d'avoir une maison bien aérée, non humide, bien exposée au soleil et à l'abri des vents du nord. Comme nourriture, il convient de leur instituer un régime tonique, composé de viandes noires grillées ou rôties, de légumes frais, d'œufs et de lait; comme boissons, la bière et les vins généreux. L'exercice, la marche, la gymnastique au grand air, doivent être ordonnés.

Les soins de la peau consisteront en frictions sèches ou alcooliques et en massage.

(b) Comme préparations pharmaceutiques, on administrera l'huile de foie de morue, l'iode sous toutes ses formes, (teinture d'iode, iodure de potassium, iodure de fer,) l'arsenic, soit en liqueur de Fowler, soit en liqueur de Pearson, soit en granules de Dioscoride.

Les préparations ferrugineuses et les phosphates solubles seront utilisés avec profit.

Les toniques et les amers (quinquina, gentiane, houblon, quassia amara, colombo, noyer (autrefois tant vanté dans la scrofule), sont d'excellents modificateurs de la nutrition.

(c) L'hydrothérapie sera employée avec avantage en vue d'une action tonique et reconstituante. Pour notre part, nous ne connaissons pas de moyen plus sûr et plus actif pour stimuler et relever les fonctions de nutrition.

Il en est de même du séjour dans les stations maritimes ; mais ici le choix de la plage n'est pas indifférent. Les plages du nord, telles que celles de Boulogne, Berse, Saint-Valéry, Le Tréport, Dieppe, Fécamp, Etretat, sont éminemment excitantes et toniques, mais elles ne conviennent pas aux lupiques, qui ont un appareil laryngé et pulmonaire susceptible. C'est là que triomphent les plages du Sud-Ouest, où les malades trouvent une atmosphère plus douce ; on les enverra donc aux Sables-d'Olonne, à Royan, à Soulac, à Arcachon et à Biarritz.

Les eaux salées, telles que Salins en Jura, Salins-les-Moutiers, et Salies en Béarn, dont les eaux renferment 223 gr. de chlorure de sodium, sont d'excellents agents thérapeutiques auprès des scrofulo-tuberculeux.

Si les malades ne peuvent se déplacer, on leur conseillera de prendre des bains avec des eaux-mères de Salies ou bien des frictions avec ces mêmes eaux.

Après les eaux salées, se recommandent les eaux arsenicales, telles que le Mont-Dore et la Bourboule.

Quant aux eaux sulfureuses, quoique nous nous

soyons déjà exprimé à leur égard, nous tenons à répéter qu'il est du devoir du médecin, non-seulement de ne pas envoyer, mais encore d'empêcher les malades d'aller faire une saison aux stations soit de Cauterets, soit de Luchon, sous peine de donner un coup de fouet aux lésions tuberculeuses dont ils sont porteurs.

Tels sont les moyens mis en œuvre dans la médication générale qui n'est qu'une médication prophylactique, dirigée contre les complications possibles dues à la dissémination des bacilles de Koch. Nous ne pouvons pas compter sur elle pour amener la guérison des lésions intra-nasales dont le traitement local seul peut venir à bout.

II. Le traitement local est palliatif et curatif. Palliatif, il consiste à faire usage de bains de nez amidonnés, de liquides émollients à renifler, de douches de Weber alcalines, de pulvérisations chaudes sédatives, d'attouchements avec des corps gras tels que la glycérine, la vaseline et les huiles d'olives, de ricin, d'amandes douces, de foie de morue. L'emploi de ces divers agents constitue une médication très utile dans les complications douloureuses et inflammatoires du lupus de la cloison, telles que l'angioleucite et l'érysipèle. Ils apaisent les phénomènes inflammatoires et diminuent la douleur; ils facilitent en outre le détachement des croûtes qui adhèrent à la muqueuse nasale; ils préparent enfin la désagrégation des tubercules en les macérant.

Curatif, il peut être dirigé d'après deux méthodes différentes, suivant que l'on a en vue la destruction des bacilles ou celle des nodules lupiques.

(a). Pour amener la mort des bacilles, on s'est armé de tous les antiseptiques de l'arsenal thérapeutique; on les a employés sous forme de liquides en badigeonnages, de poudres en insufflations et de pommades en embrocations. Puis voyant que les résultats n'étaient pas aussi beaux qu'on aurait pu le penser, on a employé ces mêmes agents en injections interstitielles, sous prétexte que s'ils n'agissaient pas, c'est qu'ils ne pénétraient pas dans les tissus malades; on est allé jusqu'à faire de l'acuponcture antiseptique.

Comme badigeonnages, on s'est servi de teinture d'iode (Billroth), de sublimé corrosif à 1 o/o (Doutrelepont, White de Boston, Tansini) de chlorure de zinc à 50 o/o, de perchlorure de fer, de nitrate d'argent, d'hydronaphthol à 10 o/o (Piffard de New-York), de glycérine phéniquée, d'acide sulfureux en solution concentrée alcoolique (Collier, Rousse), d'éthylate de sodium (Fox), d'acide pyrogallique (Jarisch, Allan, Schwimmer), d'acide lactique (Mosetig, Rafin), et d'acide salicylique. Comme insufflations, on a prôné tour à tour l'iodoforme (Schnober, Riehl), l'acide borique, la résorcine.

En pommade, on a employé l'acide salicylique et la créosote (Unna, Marschall).

Enfin, la médication la plus originale, qui ait été proposée, est celle de Gerhard de Berlin. Elle consiste à refroidir les lésions lupiques pour amener un arrêt dans la reproduction des bacilles. Les raisons sur lesquelles se base Gerhard sont les suivantes :

Les cultures de bacilles de Koch in-vitro sont influencées par la température; à 29 et 28°, les colonies parasitaires ne se reproduisent plus. Pourquoi ne pas

admettre dès lors que le lupus, qui n'est qu'une forme de tuberculose atténuée, ne doit son atténuation qu'à son siège sur la peau? Ici la température est plus basse que dans les organes internes, ce qui fait que les bacilles ne se reproduisant pas aussi bien, les lésions prennent le caractère du lupus. D'où l'idée d'employer le froid comme agent thérapeutique. Mais c'est une vue purement théorique; car si l'on peut admettre qu'il existe une différence assez notable entre la température de la peau et celle des organes internes, il n'en est pas de même des muqueuses des cavités closes où l'on constate cependant des lésions lupiques. Voltoloni fait remarquer avec justesse que les nègres, qui sont exposés à une température de 40°, n'en présentent pas moins du lupus sur les téguments externes.

Comme injections interstitielles, Ed. Schiff a proposé de faire usage de glycérine iodée. Eloy, plus tard, a préconisé le sublimé corrosif.

Quant à l'acuponcture antiseptique, elle consiste, d'après la méthode de Dubini et d'Ausspitz, à piquer dans les lésions lupiques des aiguilles trempées dans une solution antiseptique.

Disons que tous les antiseptiques employés, soit en badigeonnages soit en injections interstitielles, s'ils ont paru guérir le lupus, ne l'ont fait que momentanément; ils n'ont pas mis à l'abri des récives. Cela s'explique, car n'arrivant pas en contact avec toutes les parties malades, ils ne peuvent pas atteindre tous les microbes.

(b). Il n'en est pas de même des méthodes qui ont pour but d'amener la destruction des nodules lupiques; celles-là seules ont une valeur thérapeutique réelle.

Ces méthodes sont les suivantes :

Destruction chimique obtenue par les caustiques liquides et solides et par l'électrolyse.

Destruction mécanique comprenant plusieurs procédés; la compression, la scarification, la cautérisation galvanique et le raclage.

Destruction chimique des nodules.

Les caustiques liquides employés dans le traitement du lupus sont des plus variés. Le nitrate d'argent en solution concentrée (nitrate d'argent, eau distillée à 10 gr.), le chlorure de zinc pur ou en solution alcoolique, la potasse caustique, l'acide phénique, le sublimé corrosif à 1/10 en solution alcoolique, l'acide pyrogallique, l'acide lactique, et enfin l'acide chromique selon la méthode de Hering. Puisque nous sommes à même de parler des liquides employés dans la destruction des nodules, nous devons signaler la solution arsenicale de Fowler, préconisée par Heller. Elle n'agirait pas à la manière des autres caustiques en détruisant tous les tissus; son action se bornerait à ramollir l'infiltrat de telle façon qu'il se dissout et finalement disparaît par résorption. Cet agent n'attaquerait pas la muqueuse saine; il n'occasionnerait ni douleurs, ni cicatrices désagréables.

Les caustiques solides, dont on se sert dans le lupus de la peau, sont la pâte de Canquoin (chlorure de zinc), celle de Landolfi (chlorure de zinc et antimoine), celle du père Côme (arsenic, cinabre), celle de Dupuytren (acide arsenieux, calomel) et la pâte de Vienne (chaux et potasse). Tous ces divers agents ne nous paraissent pas devoir être conseillés dans le traitement du lupus

de la pituitaire, car ils agissent avec lenteur et se diffusent, de telle sorte qu'ils ne localisent pas leur action destructive sur les parties malades; en outre leur emploi est toujours douloureux. Enfin, vu le peu de profondeur des escarres que ces agents déterminent, il faut faire de nombreuses applications qui peuvent être suivies de l'absorption par la muqueuse d'une partie de ces liquides; d'où la possibilité d'intoxications observées dans le traitement du lupus de la peau avec l'argent, l'arsenic et le mercure.

L'emploi de l'électrolyse a été préconisé par G. Behrard et Brunna qui prétendent en avoir obtenu d'excellents résultats dans le traitement du lupus. Köbner au contraire a combattu l'emploi de l'électrolyse qui n'a pas la supériorité sur les autres agents employés de mettre à l'abri des récidives, mais qui a sur eux l'infériorité d'agir beaucoup plus lentement. Son emploi nécessite un grand nombre de séances que l'on doit écourter à cause de la douleur qu'elles occasionnent; enfin le reproche le plus sérieux fait à ce moyen thérapeutique, c'est de borner son action aux parties atteintes par les aiguilles, de sorte qu'il y a des nodules qui échappent fatalement à l'action caustique, d'où des récidives assurées.

Destruction mécanique.

La compression, qui est utilisée avec avantage dans le traitement des arthrites fongueuses et du lupus de la peau, est un excellent moyen pour réprimer les végétations exubérantes. Nous ne croyons pas devoir la conseiller dans le traitement du lupus de la cloison,

non pas parce qu'elle serait difficile à appliquer, par exemple au moyen de bougies de gélosine, mais parce que ce moyen ne peut être que palliatif ; il ne fait que réprimer les manifestations du lupus dont il laisse les germes intacts.

Scarification. — Ce moyen de traiter le lupus, inventé par Balmano Squire et perfectionné par Émile Vidal, consiste à faire des sections multiples des capillaires, en vue d'anémier les nodules lupiques et de favoriser la formation d'un tissu fibreux, qui, en se rétractant, étrangle les nodules. La scarification ne nous paraît devoir être appliquée sur la muqueuse nasale, car, en outre des difficultés de son application et du nombre considérable de séances qu'elle réclame, elle nous semble impuissante à réprimer les bourgeons exubérants et confluent du lupus de la cloison. Nous réservons ce procédé pour les lésions cutanées siégeant sur le lobule du nez. Là, la scarification se montre comme le moyen par excellence, parce qu'elle donne le maximum d'utilisation des tissus et le minimum de cicatrice, ce qui est à rechercher ici car les lésions sont à découvert.

Nous renvoyons aux ouvrages de dermatologie pour la technique de cette opération qui n'entre pas dans le cadre de ce chapitre, puisque nous avons en vue le traitement du lupus de la muqueuse nasale et non celui de la peau du nez.

Cautérisation galvanique. — Besnier, dans un remarquable article sur le traitement du lupus, a proposé une méthode nouvelle de médication qui met à l'abri des dangers auxquels on s'expose avec la scarification. « En pratiquant des ponctions et des incisions dans les

tissus malades en se dirigeant vers les tissus sains, il craint de transporter le germe morbide de proche en proche, de faire des auto-inoculations, d'introduire les bacilles dans les vaisseaux et de provoquer ainsi l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire ou méningée. »

Ces dangers de l'auto-inoculation ne sont pas chimériques; ils ont été observés par Verneuil, Nélaton et Aubert. M. Cordier, au contraire, se basant sur ce que la tuberculose est une maladie virulente, a dit qu'elle ne doit pas pouvoir se réinoculer au porteur; les faits signalés par les auteurs précédents sont là pour le démentir.

Mais les avantages de la galvano-caustique ne se bornent pas à mettre à l'abri des auto-inoculations; ils consistent encore à détruire complètement les points malades qui sont en contact avec le couteau galvanique, à oblitérer immédiatement les vaisseaux, ce qui assure l'hémostase et empêche l'absorption des bacilles et enfin à développer un tissu fibreux de cicatrice beaucoup plus abondant que dans la scarification. C'est donc un moyen à recommander dans le traitement du lupus de la pituitaire. La galvano-caustique peut s'employer de deux manières différentes : sous forme d'ignipuncture proprement dite ou sous forme de cautérisation linéaire.

Dans le premier cas, on se servira de la pointe galvanique de Leiter ou de Chardin pour faire une série de pointes de feu isolées, mais très rapprochées les unes des autres et très profondes.

Dans le second cas, on tracera avec le couteau galvanique dans le tissu lupique des sillons parallèles les uns aux autres, assez profonds et assez rapprochés.

Mais la galvano-caustique, malgré ses avantages présente un inconvénient, c'est d'aller à l'aveugle ; on n'a pas avec le feu la sensation qui indique que l'on quitte le tissu lupique pour arriver sur le tissu sain. Il en résulte que, craignant d'aller trop profondément et trop loin, on tombe dans l'excès contraire en ne dépassant pas les limites du mal ; de sorte qu'avec ce procédé on s'expose à faire une opération incomplète ou bien des mutilations et des délabrements inutiles et superflus ; il peut en résulter une mortification du péri-chondre bientôt suivie d'une perforation de la cloison, lésions que le lupus n'aurait peut-être pas produites, s'il avait été abandonné à lui-même.

Raclage. — Ce procédé, patronné par Volkmann, consiste à gratter et à ruginer les tissus avec les bords tranchants d'une curette, de façon à enlever toutes les parties malades.

Le raclage doit être choisi pour le traitement du lupus de la pituitaire. Il convient, car il s'agit d'attaquer des bourgeons exubérants que la scarification serait impuissante à réprimer. Sur la muqueuse nasale, on ne cherchera pas à utiliser le plus de tissu possible ; les lésions étant cachées, les cicatrices seront invisibles ; d'autre part, il n'y a pas d'inconvénients à produire une cicatrice solide, puisque l'affection siégeant sur la muqueuse respiratoire, la fonction olfactive n'en sera pas atteinte.

Le grand avantage du raclage réside dans la possibilité d'enlever tous les tissus malades en une seule séance ; le seul inconvénient, qu'il offre, est de donner lieu à une hémorragie ; mais ici il sera facile d'en devenir maître au moyen d'un tampon. Ce procédé étant

choisi; comment doit-on l'appliquer? D'abord, il est une question qui doit s'agiter, c'est celle de l'anesthésie; le raclage de la muqueuse nasale s'accompagne d'une douleur assez vive pour que l'on ait à se demander si l'on doit faire l'anesthésie locale ou générale.

Les analgésiques locaux, tels que la cocaïne, les pulvérisations d'éther ou de chlorure de méthyle, nous paraissent être de quelque utilité dans le traitement consécutif à la première séance de raclage. Lorsque l'on aura à détruire au moyen du galvano-cautère une légère récidue, on se trouvera bien de badigeonner la muqueuse au préalable avec une solution de cocaïne au 1/10. Quant à attendre quelque bénéfice de ces analgésiques dans le raclage lui-même, ce serait se faire illusion; après un badigeonnage à la cocaïne des bourgeons lupiques, il n'y a que la superficie qui soit insensibilisée, c'est-à-dire les tissus malades, ceux que l'on va enlever, tandis que la profondeur, où se trouvent les tissus sains que l'on va ruginer énergiquement, n'est nullement anesthésiée. Quant à l'insensibilité obtenue par la congélation des parties lésées, nous ne saurions la recommander, car les tissus étant devenus très durs, ayant changé de consistance, le raclage devient une opération très difficile.

Nous préférons de beaucoup l'anesthésie générale. Avec le chloroforme, on écarte toute appréhension de la part du malade, toute lutte avec lui, toute douleur, ce qui permet d'opérer en une seule séance et d'agir avec toute l'énergie qu'il faut dans cette circonstance. Mais le chloroforme présente un inconvénient, assez sérieux lorsqu'on opère à l'étroit dans une cavité plus ou moins close : c'est de produire une hémorragie assez

abondante pour cacher le champ opératoire, hémorragie due à la paralysie des vaisseaux; mais ici cet inconvénient est sans importance, car avec la curette il n'est pas besoin d'y voir pour opérer et un tampon assure l'hémostase.

Le malade sera donc anesthésié; mais pour se mettre en garde contre les accidents dus à l'entrée du sang dans les voies aériennes, on pratiquera le tamponnement postérieur des fosses nasales des deux côtés. Cette précaution est nécessaire alors même que les lésions seraient unilatérales; l'on ne sait pas, en effet, si l'on ne mettra pas à découvert une perforation de la cloison cartilagineuse, capable de laisser passer le sang d'une fosse dans l'autre.

Par quelle voie va-t-on opérer? Dans l'immense majorité des cas, c'est par les voies naturelles, par l'orifice antérieur des fosses nasales, les lésions siégeant toujours en avant dans les cavités nasales; du reste, alors même que le lupus aurait envahi les parties postérieures de la pituitaire, l'on ne serait pas autorisé à opérer par les voies artificielles; le décollement du nez, par exemple, n'aurait pour but que de donner du jour; or on verra qu'avec la curette on peut opérer sans lumière; le chirurgien n'a pas besoin d'y voir; il doit se baser simplement sur la sensation du mou et du dur, qui lui est transmise par son instrument. Celui qui espérerait se donner du jour en décollant l'auvent nasal serait bien vite déçu, car au premier coup de curette un flot de sang masquerait le champ opératoire.

Quels sont les instruments que l'on doit employer? On se servira des curettes de Volkmann de différents calibres. Il en faut une forte pour enlever le plus gros

des végétations, une moyenne pour racler les anfractuosités des foyers lupiques et enfin une petite pour aller ruginer tous les recoins des cavernes résultant de l'ablation des tissus malades. Nous aurions pu saisir cette occasion pour couder la curette de Volkmann et pour la fenêtrer, mais nous ne voyons pas la nécessité de placer dans l'arsenal déjà si encombré du spécialiste un instrument qui n'aurait l'avantage que de porter le nom de son inventeur. Les curettes à manches droits suffisent, attendu que le chirurgien ne se servant pas de miroir, le manche de la curette ne le gênera nullement, puisqu'il n'a pas à projeter de lumière dans la cavité nasale.

L'emploi du rhinoscope est donc inutile pendant le raclage; il est même impossible de s'en servir pour guider l'opération à cause de la présence du sang.

Le raclage, pour donner de bons résultats, doit être pratiqué consciencieusement et énergiquement; il faut enlever tout le mal et au-delà du mal; le chirurgien raclera et ruginera aussi longtemps qu'il viendra des parcelles de tissu; tout ce qui est embryonnaire se détache avec la plus grande facilité, mais aussitôt que l'on arrive sur le tissu sain on éprouve une résistance presque invincible. C'est cette résistance qui permet à l'opérateur de marcher sans lumière, c'est elle qui donne toute sécurité dans l'emploi même brutal de la curette. Il faut s'attendre toujours à faire des délabrements énormes sur la muqueuse nasale, car le lupus cache ses méfaits sous ses propres végétations. Souvent l'on met à découvert une perforation du cartilage triangulaire, perforation que le patient ne soupçonnait même pas. Il paraît utile dans ces circonstances d'en avertir celui-ci,

qui ne manquerait pas d'accuser le médecin de lui « avoir massacré le nez. » Ajoutons que si les pertes de substance sont abondantes dans le lupus de la pituitaire, elles se réparent avec une facilité surprenante.

L'hémorragie est toujours abondante; elle nécessite parfois des temps d'arrêt, pendant lesquels on place un tampon. L'hémostase faite, on enlève le tampon et l'on en profite pour mettre le rhinoscope, pour voir, maintenant que l'orifice antérieur des fosses nasales est dégagé, jusqu'où s'étendent les lésions. Parfois ce n'est qu'après la première séance de raclage qu'il est possible de se rendre compte de leur étendue.

Le raclage achevé, le traitement n'est pas terminé; il faut panser la plaie que l'on vient de produire, il faut la mettre dans les meilleures conditions possibles pour obtenir une bonne cicatrice et éviter la sténose de l'orifice antérieur du nez; il faut enfin surveiller les récidives.

L'hémorragie arrêtée, le tampon enlevé, on peut cautériser légèrement le fond de la plaie opératoire avec le galvano-cautère chauffé au rouge sombre ou bien avec l'acide lactique pur. Le spécialiste fera ensuite sur les parties malades une insufflation d'une poudre antiseptique telle que l'iodoforme, la résorcine, l'acide borique, etc.

Puis, il placera à demeure un tampon de gaze iodoformée, créolinée, salolée ou phéniquée. Chaque fois qu'il jugera à propos de panser la plaie, il aura soin, après l'enlèvement du tampon, de faire faire une irrigation antiseptique pour déterger la muqueuse. Plus tard lorsque l'on supprimera les tampons, on fera des attouchements avec l'acide lactique (tant prôné dans le

lupus par Mosetig (et Rafn) en solution à 20, 30, 50 o/o ou pur, ou bien avec la mixture de Unna :

Acide salicylique.	10 grammes.
Créosote.	20 »
Glycérine.	30 »

ou avec l'acide pyrogallique à 10 %, ou encore avec le salol en solution sursaturée dans l'huile de vaseline.

Pendant ce temps le malade fera des irrigations antiseptiques telles que celle-ci :

Formule du Dr Moure.

Acide phénique.	20 grammes.
Glycérine.	90 »
Alcool à 90.	40 »
Eau.	350 »

Une cuillerée à bouche par litre d'eau tiède; on peut remplacer l'acide phénique par le chloral, le thymol, la résorcine, l'acide salicylique, le naphthol, etc...

Ces mêmes agents peuvent être employés en pulvérisations ou bien on se servira de l'acide lactique ainsi formulé :

Formule du Dr Moure.

Acide lactique.	1 gramme.
Glycérine.	30 »
Eau.	300 »

Mais l'on aura soin de recommander au malade de ne pas trop enfoncer la canule, car elle recouvrirait les

lésions qui, siégeant à l'entrée du nez, ne seraient nullement atteintes par les médicaments. Nous ferons en terminant une dernière recommandation au médecin : c'est de ne jamais abandonner complètement le malade ; il doit le revoir fréquemment pour s'assurer que la guérison est définitive.

OBSERVATION I (personnelle)

Recueillie à la clinique du Dr MOURE.

M^{me} Louise M..., âgée de 47 ans.

Antécédents héréditaires : Père et mère vivent encore ; l'un est âgé de 76 ans et l'autre de 79. Fille unique.

Antécédents personnels : Dans son enfance elle a présenté de la blépharite ciliaire et des glandes dans les régions sous-maxillaire et cervicale.

A 13 ans, elle a eu la fièvre typhoïde. Mariée, elle a eu trois enfants, trois garçons.

Le premier est mort à deux ans de *méningite tuberculeuse*.

Pas de signes de syphilis, du reste le traitement anti-syphilitique mixte n'améliora pas les lésions nasales.

Histoire de la maladie : Il y a quatre ans environ, après avoir présenté les symptômes d'une rhinite chronique simple, elle s'aperçut qu'elle ne pouvait plus respirer par le nez ; à la même époque, elle mouchait des croûtes jaunes verdâtres. Ces croûtes, dit-elle, se trouvaient à la partie antérieure de la cloison où elle pouvait les toucher. A cette date, la peau du nez était parfaitement saine. Deux ans après le début de l'affection intra-nasale, se montraient sur le bord des ailes du nez, puis sur le lobule, des tubercules lupiques. Sur le côté droit de l'aile du nez, ces derniers devinrent confluents, la peau s'anima, devint violacée et s'ulcéra. Finalement il en résulta une ulcération bourgeonnante, qui se recouvrit de croûtes.

Nous n'avons aucun renseignement sur l'examen rhinoscopique fait à cette époque.

L'ulcération fut d'abord cautérisée au thermo-cautère, puis raclée à diverses reprises et touchée avec l'acide lactique, et cela avec succès.

Examen fait le 23 avril 1889. — *Nez extérieur* : Le lobule du nez est un peu augmenté de volume et de coloration rouge-violacé, il est indolent. Sur l'aile droite, particulièrement sur le bord, on constate quelques rares saillies, mamelons ou nodules lupiques, qui soulèvent la peau amincie; deux de ces tubercules légèrement exulcérés sont recouverts d'une croûte jaune verdâtre.

Les orifices antérieurs des fosses nasales sont légèrement rétrécis par suite de l'infiltration lupique du bord des ailes.

Examen rhinoscopique antérieur : On constate sur la portion cartilagineuse de la cloison des deux côtés, sur la partie antérieure du plancher et sur l'extrémité antérieure du cornet inférieur, un amas de croûtes verdâtres assez dures qui oblitèrent en grande partie l'orifice antérieur des fosses nasales.

Ces croûtes enlevées, on trouve au-dessous d'elles (sur les points signalés et tout particulièrement sur la partie cartilagineuse de la cloison à 1 centimètre et demi du lobule où la lésion paraît la plus avancée) une hypertrophie irrégulière de la muqueuse. Des bourrelets fongueux, des mamelons végétants, des bourgeons saillants, de coloration rougeâtre, obstruent incomplètement la partie antérieure de la cavité nasale.

Ces mamelons sont ulcérés un peu à leur sommet; ces exulcérations de coloration grisâtre sont indolentes; elles saignent difficilement. Ces végétations hypertrophiques, assez friables à leur sommet, ont à leur base une consistance molle.

Sur la muqueuse qui tapisse la face interne de l'aile du nez la lésion semble moins avancée, la muqueuse présente seulement un état granuleux très caractérisé.

Examen rhinoscopique postérieur : Cloison intacte et saine.
Orifices des trompes normaux.
Cavité naso-pharyngienne indemne.
Rien sur les gencives, ni sur le voile du palais, ni à la gorge.
Larynx et poumons sains.
Pas de glandes dans la région cervicale et sous-maxillaire.
Impossibilité de trouver des placards lupiques à la face, aux oreilles ou sur les extrémités des membres.
Audition normale.

OBSERVATION II (personnelle).

Recueillie à la Clinique du Dr E.-J. MOURE.

M^{me} B..., laitière, âgée de 30 ans, vient à la clinique le 9 avril 1889 pour une affection du nez.

Antécédents héréditaires : Père et mère en bonne santé.

» *collatéraux* : Frère et sœur bien portants.

» *personnels* : Mariée à 22 ans, a eu 4 enfants, dont un seul est en vie. Le premier, né avant terme, a vécu 15 jours; un autre est mort à un an de *méningite tuberculeuse*; enfin, l'autre, a succombé à six mois à une fluxion de poitrine. Pas de syphilis.

Histoire de la maladie : La malade raconte qu'il y a deux ans environ elle constata par le toucher la présence d'un bouton de la grosseur d'un pois dans l'intérieur du nez, sur la face interne de l'aile droite; ce bouton se recouvrait constamment de croûtes jaunâtres très adhérentes; il n'était nullement douloureux et ne s'accompagnait d'aucun phénomène inflammatoire. Puis à côté de ce premier tubercule, mais sur le bord et bientôt sur la face externe de l'aile, s'en montrèrent d'autres

et l'affection évoluant très lentement arriva à acquérir les proportions qu'elle a aujourd'hui.

Le nez est bleuâtre; il est recouvert, surtout sur l'aile droite et le lobule, de croûtes d'une coloration gris-jaunâtre. Ces croûtes enlevées, on trouve de petites saillies, au nombre de 10 environ, isolées les unes des autres et légèrement exulcérées; ces nodosités, enchâssées dans la peau, présentent une grosseur variable; les unes ont le volume d'un grain de chanvre, les autres celui d'un pois; les petites ne font qu'un léger relief sur la peau, les autres proéminent davantage; mais elles ne constituent ni des mamelons, ni des végétations exubérantes.

Sur la joue gauche, près du sillon naso-génien, on trouve deux ou trois petits tubercules recouverts eux aussi de croûtes. Indolents, ils sont assez mous au toucher.

A l'examen des fosses nasales, on constate que la gauche ne présente rien d'anormal; mais à droite, il existe une atrésie considérable de l'orifice antérieur; on y trouve un épaississement notable de la muqueuse de la cloison cartilagineuse, de celle du plancher dans sa portion antérieure et de celle des ailes du nez. Cet épaississement revêt la forme d'un anneau de la longueur d'un centimètre et demi et de l'épaisseur d'un demi-centimètre, d'un aspect blanchâtre; il offre la consistance du tissu scléreux; à sa surface existent quelques légères bosselures. En arrière de cet anneau, qui se termine par un bord très net, la muqueuse reprend son volume et son aspect normaux.

Rien au pharynx, rien au larynx.

Pas de placards lupiques sur les extrémités.

Poumons sains.

Le traitement spécifique fut institué malgré l'absence de signes de cette infection, il ne donna aucun résultat; aussi le D^r Moure fit-il le raclage des lésions cutanées. La malade peut être regardée actuellement comme guérie.

Nous rapportons cette observation, car elle nous paraît être très intéressante ; nous croyons avoir en face de nous un lupus scléreux primitif de la partie antérieure de la muqueuse de Schneider, avec lésions secondaires de la peau du nez.

L'affection intra-nasale s'est développée sans que la malade s'en doute ; ce n'est que lorsque les lésions se sont montrées à l'extérieur qu'elles attirèrent son attention ; mais à mesure qu'elles s'étendirent sur la peau de l'aile droite, elles guérirent par transformation fibreuse sur la muqueuse nasale.

C'est là, pour nous, l'origine de cette cicatrice hypertrophique, qui atrésie la narine droite. Il est vraisemblable de croire que la lésion de la muqueuse est de même nature que celle de la peau du même côté ; la malade n'affirme-t-elle pas que les lésions cutanées ont marché de dedans en dehors ?

Du reste, une atrésie ainsi conformée de l'orifice antérieur d'une fosse nasale ne pourrait être confondue qu'avec un rétrécissement cicatriciel dû soit à des brûlures, soit à des traumatismes, ou bien pourrait être congénitale. Or, chez notre malade, on ne relève rien de semblable dans les antécédents.

OBSERVATION III (1)

(Due au Dr Luc).

Pierre P..., 20 ans, cultivateur.

Aucun antécédent héréditaire à signaler ; nous ne relevons dans ses antécédents personnels qu'une fièvre typhoïde à 7 ans. Pas de syphilis.

Le début de la maladie remonte à 6 ans ; à ce moment P...

(1) *In* thèse de Marty, 1888.

éprouve un commencement de gêne respiratoire à la fois nasale et laryngée. Cette gêne va en augmentant progressivement et aboutit en 1887 à un cornage considérable. Cette même année la voix commence à s'enrouer.

En septembre 1887, le malade est adressé par son médecin à M. le Dr Polailon, qui l'admet dans son service à l'hôpital de la Pitié et nous prie de l'examiner. Voici ce que nous constatons. Pas d'amaigrissement, teint plombé, le malade respire la bouche ouverte et fait entendre un cornage laryngé à distance.

Fosse nasale gauche : Complètement oblitérée par des saillies mamelonnées et irrégulières de la cloison, recouvertes partiellement de croûtes et s'avancant jusqu'au contact de la paroi externe. Après avoir enlevé les croûtes, on trouve une surface éminemment irrégulière, granuleuse, à peine saignante, non douloureuse à la pression, grisâtre, rougeâtre ou jaunâtre par places, de consistance assez ferme. Les cornets sont refoulés et, autant qu'on peut les voir, ne paraissent pas infiltrés.

Fosse nasale droite : Présente également une infiltration de la cloison semblable, mais l'air peut encore passer.

Pharynx : Une plaque grisâtre saillante ayant les dimensions d'une grosse lentille sur la paroi postérieure. Par la rhinoscopie postérieure on constate des élevures semblables dans le pharynx nasal. La plaque pharyngée est enlevée avec la curette pour être soumise à l'examen histologique.

Larynx : L'épiglotte et les aryténoïdes sont absolument normaux. Les cordes vocales vraies sont rouges, légèrement bosselées. Dans leur écartement, on aperçoit de nombreuses éminences granuleuses, de coloration variant entre le rouge, le gris, le jaune, principalement implantées sur la paroi postérieure de la trachée. Ces surfaces ne sont recouvertes d'aucune sécrétion ; le malade n'éprouve aucune douleur et ne tousse pas.

L'examen du poumon ne révèle aucune zone de matité et l'auscultation ne laisse entendre que le bruit de cornage dans le voisinage.

Au bout de quelques semaines, P... est renvoyé dans son pays avec recommandation de prendre chaque jour de l'huile de foie de morue, un gramme d'iodure de potassium et dix gouttes de teinture d'iode dans du lait.

Le malade revu en avril 1888 présente une modification favorable de son état général et local. La plaque enlevée au pharynx ne présente aucun élément caractéristique, soit que ses dimensions aient été trop petites, soit qu'elle ait trop longtemps séjourné dans l'alcool.

7 juin 1888 : Le malade présente une amélioration continue. Aspect général bon ; voix presque pure ; pas de cornage appréciable.

Pharynx : On constate un certain degré de sécheresse de la paroi postérieure, qui se montre en outre sillonnée de bandes blanchâtres comme cicatricielles (aspect d'une brûlure ancienne).

Fosse nasale gauche : Même état qu'au moment du premier examen. La cloison forme une saillie d'aspect mûriforme rouge, d'un blanc cicatriciel par places, confinant à la paroi externe et laissant peu de place pour la respiration.

Fosse nasale droite : Considérablement modifiée. La saillie de la cloison s'est affaissée et par suite de l'état d'atrophie complète des cornets cette fosse nasale offre une spaciosité anormale et est partiellement encombrée de croûtes fétides, comme dans l'ozène.

Pas de perforation de la cloison.

Vient ensuite l'état du larynx.

OBSERVATION IV (1)

(Due à M. DUPLAV).

M. X..., âgé de 30 ans, jouissant d'une bonne santé.

Antécédents : Mal de Pott ayant amené une gibbosité de la région dorsale moyenne.

Pendant l'hiver a été pris sans cause connue d'un enchifrément progressif sans augmentation de la sécrétion normale, sans épistaxis, caractérisé seulement par de la gêne respiratoire.

Il y a un mois, s'est aperçu de la tumeur qu'il porte.

Examen : Elargissement très notable de la base du nez.

A l'examen rhinoscopique : A un centimètre au-dessus de la sous-cloison et de chaque côté des fosses nasales, on aperçoit une petite tumeur saillante surtout à droite, mamelonnée, d'un rose jaunâtre, irrégulière, lobulée, implantée sur la partie cartilagineuse de la cloison.

Elle est à peine ulcérée et n'est le siège d'aucune sécrétion ; elle ne saigne ni spontanément, ni sous la pression des doigts ; son tissu n'offre ni dureté, ni mollesse, mais une certaine élasticité, enfin elle est indolente.

L'ouverture postérieure des fosses nasales est saine et sans altération. Sur les parties avoisinantes, on trouve deux ganglions assez volumineux, l'un d'eux surtout, dans la région sous-maxillaire du côté gauche. Ils sont indolents, d'une certaine consistance et sans adhérence aucune.

Santé générale bonne. Pas d'amaigrissement, la lésion est toute locale et donne seulement à la voix un timbre nasonné.

Le traitement antisiphilitique n'a donné aucun résultat.

(1) In *Gazette des hôpitaux*, 1880, n° 123.

OBSERVATION V (1)

(Due à M. VERNEUIL).

Au mois d'avril 1875, la nommée L..., âgée de 22 ans, entrain à la Pitié, salle Saint-Augustin, pour se faire traiter d'une maladie du nez dont le début remontait à une année environ, mais qui depuis quelques mois avait fait des progrès rapides et pris un caractère de gravité fort inquiétant.

Le nez presque doublé de volume était rouge, tendu, luisant, donnant au doigt une fausse sensation de fluctuation.

En faisant renverser en arrière la tête de la malade, M. Verneuil vit, à l'entrée des fosses nasales, une masse rougeâtre, fongueuse, papilliforme, obstruant complètement les deux narines et ressemblant à s'y méprendre à un épithélioma papillaire. Sa base mal limitée se perdait sur les deux faces de la cloison; la malade avait eu quelques épistaxis. Au cou, on ne constatait aucun engorgement ganglionnaire.

Cette femme était enceinte de 8 mois. Le diagnostic était : épithélioma de la cloison ayant pris une marche rapide sous l'influence de la grossesse.

Trois semaines après sa délivrance, M. Verneuil fut très surpris en la revoyant de constater une amélioration considérable. Le gonflement du nez, la saillie des narines, avaient notablement diminué; la tumeur de la cloison était moins volumineuse et surtout son aspect s'était heureusement modifié. En même temps que se produisait dans le nez un changement si favorable, une adénopathie indolente, formant chapelet, apparaissait sur les côtés du cou.

(1) In thèse de Casabianca, p. 43, 1876.

Le diagnostic fut aussitôt rectifié. Evidemment, on n'avait pas à faire à un épithélioma de la cloison.

L'amélioration rapide, le changement d'aspect de la tumeur éloignaient cette hypothèse. On ne pouvait dès lors se trouver en présence que d'une manifestation de la scrofule ou de la syphilis. Mais bien que les antécédents de la malade, sa constitution délicate et surtout la forme d'adénite fissent plutôt pencher vers la première, il était difficile de se prononcer d'une manière absolue. Aussi M. Verneuil crut-il devoir s'adresser d'abord au traitement antisyphilitique (sirop de Gibert le matin, iodure de potassium le soir).

Peu de temps après il se formait sur la joue gauche une petite tumeur molle, fluctuante, dont les caractères étaient ceux des écouelles cutanées.

Le traitement antisyphilitique fut abandonné et remplacé par le traitement anti-strumeux.

Le 14 mars 1876 la malade revient se faire voir, elle va beaucoup mieux.

Le nez est à peine déformé, un peu renflé seulement à la partie moyenne; pas de rougeur de la peau. Les narines sont encore obstruées par un tissu rougeâtre, ferme au toucher, non douloureux et faisant corps avec la cloison. Quoique profondément ulcéré, le tissu ne saigne pas. Le cartilage de la cloison est perforé dans une très petite étendue, à 1 centimètre du bord inférieur de la sous-cloison.

A la joue gauche reste une chéloïde strumeuse. La chaîne ganglionnaire a entièrement disparu.

Le traitement anti-scrofuleux est repris.

Deux semaines après, la malade assure que l'air passe beaucoup mieux par le nez et demande sa sortie; l'amélioration est énorme, mais la guérison n'est pas encore complète. De sorte, conclut M. Verneuil, qu'il est certain que l'on n'a pas eu à faire

à une production de nature maligne, mais seulement à un *épaississement scrofuleux de la cloison*.

OBSERVATION VI (1)

(Due à BRESGEN).

M^{me} X..., âgée de 38 ans.

Pas d'antécédents syphilitiques. Était atteinte il y a 7 ans d'une rhinite chronique.

M^{me} X... vient trouver Bresgen en novembre 1885, se plaignant que depuis six mois environ la fosse nasale droite de son nez devient de moins en moins libre; elle dit qu'en avant, sur la cloison, il se trouve une tumeur rouge qui saigne très facilement.

Bresgen constate que l'extérieur du nez est sain et dépourvu de tubercules lupiques.

Sur la cloison du côté gauche on trouve une tumeur rouge, bosselée, de la grosseur d'une noisette, à travers laquelle on pénètre avec une sonde dans la fosse nasale droite; sur la cloison du côté droit il existe quelques granulations; la perforation est de la grosseur d'un pois. Sur le reste de la muqueuse, rien d'anormal.

Bresgen pense d'abord à la syphilis malgré le manque d'antécédents. L'administration de l'iodure de potassium reste sans résultats.

Les granulations sont alors détruites avec le galvano-cautère et l'acide chromique; la perforation de la cloison s'agrandit tout de même et de nouvelles granulations se forment. Bresgen pense alors qu'il pourrait bien s'agir d'un lupus; il apprend que

(1) *Deutsche Medicinischen Wochenschrift*, n° 30, 1887.

la malade est restée pendant longtemps en contact avec sa belle-sœur, qui mourut de phtisie pulmonaire; elle avait l'habitude d'enlever souvent des croûtes au point où le nez est malade maintenant. L'examen des poumons reste infructueux. Le traitement consiste à détruire le plus possible les granulations, qui reparaissent sur d'autres points.

En mai 1886 se montrent de petites surfaces rouges sur la peau du lobule du nez, à gauche; elles disparaissent bientôt pour revenir plus tard avec les caractères des tubercules lupiques. En juin, le docteur Hexheimer diagnostique une affection lupique. Malgré le traitement, malgré des cautérisations énergiques au galvano-cautère, les granulations renaissent dans le nez, se propagent à gauche vers la voûte nasale et à droite vers le plancher. Plus tard les ailes du nez et le cornet inférieur des deux côtés sont envahis. Finalement le docteur Bresgen cocaïnise la muqueuse nasale et détruit avec le galvano-cautère tout le néoplasme en dépassant de beaucoup sa périphérie, en empiétant sur les parties saines. Depuis quelques semaines, on paraît être maître du processus destructif.

OBSERVATION VII

(Due à M. JUFFINGER) (1).

M. X..., âgé de 21 ans, vit en avril dernier sa fosse nasale droite devenir imperméable à l'air.

Cette obstruction était due à une tumeur qui fut extirpée en août. Maintenant (décembre) à part quelques nodules de lupus disséminés sur la joue et le cou, on constate chez le malade

(1) *Wiener med. Presse*, 2 décembre 1888.

que la moitié droite de la narine, considérablement élargie, est obstruée par une tumeur rouge pâle, ulcérée en un point et qui provient de la cloison et du plancher nasal. Dans les fragments extirpés de la tumeur on a constaté l'existence des bacilles spécifiques.

OBSERVATION VIII

(Due à SCHMIEGELOW, de Copenhague) (1).

Søren S..., 28 ans, entra en traitement, le 7 juillet 1884, à ma clinique. De son passé, je dirai seulement qu'à partir du 15 mai 1881 il avait été traité à l'hôpital de la Commune pour un lupus de la face. Comme il se plaignait d'obstruction de la narine gauche, il fut adressé à ma clinique. Le malade était robuste; rien à l'auscultation.

Le côté droit du nez, en dehors d'une rhinite hypertrophique peu prononcée, ne présentait rien d'anormal.

Dans la narine gauche, rien à noter à la partie antérieure, mais en arrière, au voisinage de l'extrémité postérieure du cornet inférieur, la fosse nasale était remplie de polypes blanchâtres pédiculés et qui, dans l'expiration et l'inspiration forcées, flottaient facilement dans la cavité nasale, ils venaient du cornet inférieur.

A la rhinoscopie postérieure on aperçoit les fosses nasales libres, mais à gauche on voit les polypes en question remplissant complètement les narines et provenant du cornet inférieur, un peu en avant de l'extrémité postérieure de ce dernier. La muqueuse, dans les points les plus rapprochés du point d'insertion des polypes, est transformée en tissu lupeux.

(1) *Revue mensuelle de laryngologie, rhinol. et otol.*, août-sept. 1885.

Les tumeurs étaient de consistance solide ; elles étaient très friables et on pouvait avec la sonde en briser des fragments.

Elles étaient assez vasculaires. Elles furent enlevées à l'aide de l'anse froide, du galvano-cautère et du nitrate d'argent.

L'examen microscopique, pratiqué par le D^r Rasmussen, les montra composées d'un tissu cellulaire mou, au milieu duquel se trouvaient de nombreux nodules caractéristiques du tissu lupeux.

OBSERVATION IX

(Due à SCHMIEGELOW) (1).

Inger-Sophie J..., 35 ans, 30 juillet 1884. Elle s'est toujours bien portée ; étant enfant, pas de traces de syphilis ni de scrofulé. Dans sa seizième année, sa narine droite s'obstrua peu à peu, et peu de temps après, elle ressentait des douleurs marquées, surtout à la pression sur les ailes du nez.

La malade paraît se bien porter. Rien à l'auscultation. Le nez a sa forme normale. La respiration s'effectue seulement par la bouche, la voix est nasillarde.

A l'examen rhinoscopique cette obstruction du nez paraît occasionnée par des masses croûteuses tuméfiées ayant une surface irrégulièrement granulée et lobée, qui part du cercle d'une perforation de la partie inférieure et antérieure de la cloison. La tumeur était en partie couverte d'une grande quantité de sécrétion sèche et croûteuse qui, une fois enlevée à l'aide de la pince et de lavages à l'eau tiède, laissa voir que l'affection était principalement limitée à la cloison nasale et seulement à la partie cartilagineuse de cette dernière ; le reste de la

(1) *Revue mensuelle de laryng. otol. et rhinol.*, août-sept. 1885.

cloison, aussi bien que les parois latérales du nez, étaient tout à fait saines; seulement à la partie moyenne du cornet moyen droit, on voyait une tumeur pédiculée, limitée, de la grosseur d'une noisette. Aussi bien à l'œil nu qu'au microscope, la tumeur avait les caractères du tissu lupeux.

Le traitement consista dans le raclage de la tumeur avec la cuillère tranchante et la destruction avec le galvano-cautère; survint la guérison complète, naturellement avec une défec-tuosité de la partie cartilagineuse de la cloison.

OBSERVATION X (résumée) (1).

(Recueillie par M. Simon DUPLAY, dans son service de l'hôpital St-Antoine).

F... (Léon), 27 ans, menuisier (salle Saint-Barnabé, n° 60), entre à l'hôpital en 1875, pas d'antécédents syphilitiques.

Dans son enfance il a eu des gourmes. Actuellement, on ne constate pas de gros ganglions dans la région cervicale. On en sent cependant quelques-uns, mais en réalité peu volumineux. Engorgements chroniques dans les aines.

Pas d'affection thoracique antérieure.

Il y a sept ans environ, le malade eut à plusieurs reprises des épistaxis abondantes sans aucune gêne respiratoire et sans accidents du côté du pharynx.

Depuis trois ans et demi la respiration nasale est très gênée, le malade respire par la bouche. A cette époque, il fut pris d'un gonflement ganglionnaire situé des deux côtés de la région cervicale.

En 1871, ablation de deux masses charnues assez volumi-neuses développées dans les narines.

(1) *In* thèse de Looten, 1878.

Depuis lors, le malade respire assez bien; il n'a eu depuis ni douleur, ni épistaxis. Ecoulement nasal jaunâtre, assez abondant, adhérent, sans croûtes épaisses, nullement fétide.

Examen local : Le nez est nullement déformé à l'extérieur; la cloison est très épaisse, comme on le constate par la palpation.

Fosse nasale droite : L'examen au rhinoscope ne révèle aucune lésion sur la paroi latérale. Les lésions sont limitées à la cloison. La muqueuse est hypertrophiée et oblitère presque complètement cette narine. Elle est le siège d'une ulcération sans limites formée par des bourgeons charnus, inégaux de volume, dont beaucoup sont gros comme des grains de chénevis et quelques-uns un peu plus gros, de telle sorte que l'ulcère paraît exubérant, irrégulier et déchiqueté. Les cornets ne peuvent être aperçus à cause du gonflement; toutefois dans leur partie antérieure, qui est accessible à l'examen, ils ne présentent pas de lésions.

Fosse nasale gauche : Mêmes lésions de la cloison que du côté droit. Les bourgeons charnus sont moins exubérants, ce qui permet de constater que le mal s'est étendu sur les cornets inférieur et moyen. Une de ces productions sort du méat moyen.

Larynx : Sur l'épiglotte et les bandes ventriculaires, on constate quelques éminences mamelonnées. Comme troubles fonctionnels, la narine gauche ne perçoit aucune odeur.

OBSERVATION XI (résumée).

(Due à SCHAEFFER) (1)

M^{lle} M..., 51 ans, bien portante et bien constituée. Sœur morte de phtisie pulmonaire.

(1) *Deutschen Medicinischen Wochenschrift*, n° 15, 1887.

Larynx et poumons sains. Otorrhée datant de très longtemps à droite.

A eu des polypes muqueux qu'on lui a enlevés par une voie artificielle (incision sur le dos du nez).

Se plaint de ne pouvoir respirer par le nez.

A l'examen on constate que les deux narines sont obstruées par des tumeurs bosselées, constituées par de gros tubercules, qui prennent naissance en partie sur le septum cartilagineux, en partie sur la muqueuse des cornets.

Diagnostic. Granulomes.

Ablation avec la curette et le galvano-cautère, en juin.

Récidive en octobre. Nouveau raclage.

Huile de foie de morue. Arsenic.

En décembre le néoplasme perfore la cloison.

Cautérisée de nouveau, la tumeur ne récidiva plus.

OBSERVATION XII (résumée).

(Due à SCHÆFFER)

M^{me} X..., 26 ans, a été opérée déjà, incomplètement il est vrai, d'une tumeur du nez, qui l'empêchait de respirer. Bonne constitution. Anémie.

Mère morte de tuberculose pulmonaire.

Sœur possède des glandes nombreuses au cou.

Examen pratiqué le 1^{er} octobre 1885, permet de reconnaître une masse granuleuse sur le côté droit de la cloison, longue de cinq centimètres et large de deux.

Tonsille pharyngée ulcérée. Tonsille droite hypertrophiée. Pharyngite sèche. Larynx et poumons sains.

Enlevée avec l'anse et cautérisée au galvano-cautère, la tumeur granuleuse se reformait en janvier 1886 sur le septum

cartilagineux. Nouvelle ablation. Nouvelle récidence superficielle çà et là. Intervention finale suivie de succès.

OBSERVATION XIII (résumée)

(Due à SCHÆFFER).

M^{me} T..., âgée de 39 ans, grande et bien bâtie.

Pas d'hérédité morbide. Larynx et poumons sains.

Depuis quelques mois écoulement du nez suivi d'enchifrènement.

Sur le septum cartilagineux à droite et à gauche se trouvent des tumeurs tuberculeuses de la grosseur d'une noisette, qui en mai furent enlevées au galvano-cautère. Au mois d'août, une ulcération à bords anfractueux se montre à la même place ; perforation consécutive de la cloison.

OBSERVATION XIV (résumée)

(Due à SCHÆFFER).

M. St..., paysan, 32 ans, sœur de sa mère morte de phtisie ; deux sœurs en bonne santé.

Larynx et poumons sains.

Tumeurs granuleuses naissant du côté droit du septum cartilagineux et s'étendant jusqu'au plancher de la cavité nasale.

Ablation comme pour les autres cas. Récidives cautérisées au galvano-cautère.

L'examen histologique a prouvé la nature tuberculeuse de l'affection.

OBSERVATION XV (résumée).

(Due à SCHÆFFER).

M. B..., paysan, 57 ans.

Fait remonter son affection à l'époque où il a été blessé au nez et à la tête par un cheval.

Pas d'hérédité morbide.

Dans les deux narines, tumeurs granuleuses commençant au septum et s'étendant sur le plancher et la partie inférieure des cornets inférieurs.

Opération avec galvano-cautère et curette.

OBSERVATION XVI (résumée).

(Due à SCHÆFFER)

M^{me} X..., 51 ans, encore réglée. Larynx et poumons sains.

Frère et sœur morts de phtisie pulmonaire.

Trois autres sœurs sont en bonne santé.

Écoulement nasal datant de un an et demi.

Les deux cavités nasales sont bouchées par des tumeurs granuleuses qui partent de la cloison cartilagineuse; estruction au galvano-cautère.

Récidives traitées par nouvelle cautérisation.

Formation d'une ulcération qui perfore le septum.

État général devient mauvais.

CONCLUSIONS

I. Le lupus primitif des fosses nasales, à cause de sa rareté, a été peu étudié jusqu'à ce jour.

II. C'est une forme locale et atténuée de la tuberculose.

III. Il se rencontre le plus fréquemment chez les adultes.

IV. Les lésions sont essentiellement caractérisées par des nodules, qui ont infiltré la muqueuse : leur structure et la présence des bacilles de Koch identifient ces derniers aux tubercules.

V. Le processus morbide revêt trois formes cliniques : hypertrophique ou végétante, ulcéreuse et scléreuse.

VI. Parti de la cloison cartilagineuse il se propage à toute la portion respiratoire de la membrane de Schneider; de là, il gagne fréquemment la peau et exceptionnellement le pharynx.

Il marche par poussées successives séparées par des temps d'arrêt. La durée est très longue. Le lupus se termine aussi rarement par la guérison que par la mort du malade; dans ce dernier cas, l'issue fatale est due à une complication viscérale.

VII. Il ne peut être confondu qu'avec la syphilis, mais il en diffère par l'absence de lésions osseuses.

VIII. Le pronostic est grave, car c'est une affection tenace, qui récidive souvent. Des complications viscérales de la plus haute gravité sont à craindre.

IX. Le traitement général repose sur les toniques et les reconstituants pour augmenter la résistance de l'organisme contre le bacille de Koch.

Le traitement local de choix est le raclage.

Vu : *Le Doyen,*

BROUARDEL.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président de la thèse,

TRÉLAT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALIBERT. — Description des maladies de la peau, 1806.
- ARNAL. — Traité des maladies de la peau, 1832.
- RAYER. — Traité des maladies de la peau, p. 195, 1835.
- DEVERGIE. — Traité pratique des maladies de la peau, 1835.
- CAZENAVE. — Traité des maladies de la peau et de la syphilis, t. IV, p. 170.
- Dictionnaire en XXX volumes, article *lupus*.
- TARDIEU. — Le Farcin chronique et la morve chez l'homme et les solipèdes. Th. Paris, 1843.
- POHL. — *Virchow's archiv.*, t. VI, p. 192 et 186, 1854.
- WERRHNER. — *Handb der allg. und spec. chirurgie*, Bd. II, p. 318.
- BAZIN. — Leçons sur la scrofule, 1858.
- ROSER. — Éléments de path. chirurgicale et de méd. op. Traduction française, 1870.
- C. PAUL. — Etude sur l'angine scrofuleuse, 1872.
- CHABOUX. — De certaines lésions de la région naso-pharyngienne que l'on doit rattacher à la syphilis. Thèse de Paris, 1875.
- CASABIANCA. — Des affections de la cloison. Th. de Paris, 1876.
- MOINEL. — Essai sur le lupus scrofuleux des fosses nasales. Th. Paris, 1877.
- Encyclopédie médicale italienne, article *lupus*, 1878.

- LÓOTEN.—Des scrofulides des muqueuses. Th. d'agrégat. 1878.
- IDELSON (Rosalie). — Ueber Lupus der Schleimhaute. Bernen, 1879.
- DUPLAY. — *Gazette des hôpitaux*, 1880.
- Dictionnaire de Jaccoud, article *lupus*.
- HÉBRA. — Traité des maladies de la peau, t. II, p. 443.
- KAPOSÍ. — Leçons sur les maladies de la peau, t. II, p. 258.
- MORELL-MACKENZIE. — *Diseases of the throat and nose*. 1884.
- MASSEI. — Article *larynx* et *fosses nasales* de l'Encyclopédie médicale italienne, p. 625.
- SCHMIEGELOW. — Tumeurs malignes primitives du nez. — *Revue de laryngologie*, nos 8 et 9, 1885.
- MOURE. — Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, Paris, 1886, et Leçons (résumé) sur les maladies du nez. Bordeaux, 1889.
- FOURNIER (Alf.). — Leçons sur la syphilis héréd. tardive, 1886.
- COZZOLINO (V.). — Il lupus primitivo dellu mucosa nasale. *Archives italiennes de laryngologie*, fascicules I et II, 1886.
- SCHÆFFER (Max) et DIETRICH NASSE. — Tuberkelgeschwülste der Nase. *Deutsche medicinischen Wochenschrift*, 1887.
- BRESGEN (Max). — Tuberculose oder Lupus der Nasenschleimhaut. *Deutschen med. Woch.*, 1887.
- MARTY. — Le lupus du larynx, Th. Paris 1888.
- MOLDENHAUER. — Traité des maladies des fosses nasales et des sinus et du pharynx nasal. Traduction française du docteur Potiquet, 1888.
- VOLTOLINI. — Die Krankheiten der Nase und der Rachenraumes, Breslau, 1888.
- FRIEDLANDER. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1874.
- SCHÜLLER (Max). — Experimentelle und histologische Untersuchungen über Entstehung und Ursachen der Scrophulosen und Tuberculosen Gelenkleiden, nebst Studien über die

- tuberculose Injection mit therapeutischen Versuchen, *Stuttgart*, 1880, et *Centralblatt*, 9 avril 1881.
- WABB cité par CONHEIM. — Pathologie générale, p. 235.
- KIENER. — *Société méd. des Hôpitaux*, 11 février 1881 et *Union médicale*, p. 264, 1881.
- VIDAL. — *Société médicale des Hôp.*, 25 mars 1881.
- MERKLEN. — Rapports entre la scrofule et la tuberculose. *Annales de dermatologie*, 1880, p. 557.
- The medical Record*, tome 2, p. 519, 1881.
- BAUMGARTEN. — *Virchow's Archives*, vol. 82, p. 397.
- LELOIR. — Société de Biologie, 30 déc. 1882, p. 846.
- CORNIL et LELOIR. — Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus. Société de Biologie, 1882 et 1883.
- MARTIN (H.). — *Revue de médecine*, p. 924, 1882.
- DEMME. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, p. 15, 1883.
- PFEIFFER (A.) et PAGENSTECHE. — Lupus oder Tuberculose. *Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 19, 1883.
- MARTIN (Hip.). — Etude critique des opinions diverses qui ont cours dans la Science sur l'étiologie et la nature du lupus. *Annales de Dermat.*, p. 645 et 699, 1883.
- SCHUCHART et KRAUSE. — *Fortsch der med.*, n° 21, 1883 et *Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Die Ätiologie der Tuberculose*. Berlin, 1884, p. 38.
- QUINQUAUD. — De la scrofule dans ses rapports avec la phtisie pulmonaire. Thèse d'agrégation, Paris 1883.
- DOUTRELEPONT. — Die Ätiologie der lupus vulgaris. *Vierteljahreschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1884.
- RENOUARD (E.). — Du lupus et de ses rapports sur la scrofule et la tuberculose. Paris, 1884.
- MANINNO. — Sul identita di natura del lupus e della Tuberculosi. *Revista clinica*, p. 100, 1884.

- The medical Record*, t. 2, p. 358, 1884.
- CORNIL et BABÈS. — Les Bactéries, 1885.
- LAILLER et MATHIEU. — Lupus et tuberculoses cutanées.
Annales de Dermat., 1886.
- The medical Record*, t. 1, p. 311, 1887.
- COLOMIATTI. — Il nodulo del vero lupo. Torino, 1880.
- JARISCH. — Ueber der Structur der Lupösen Gewebe Viertel
Jahresschrift für Dermat und Syph., n° 1, 1880.
- CHANDELUX. — Société méd. de Lyon, juillet 1880.
- THOMAS (R.). — *Virchow's Archiv.* 65 Bd 317.
- KAPOSI. — Traité sur les maladies de la peau.
- DIETRICH NASSE. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1887.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique,
1884.
- BESNIER (E.). — Le lupus et son traitement. *Annales de Dermatologie*, 1883.
- SCHIFF. — Zur Behandlung der Lupus. *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syph.*, nos 2 et 3, 1880.
- Deutsche medical Zeitung*, p. 68, 199, 755, 1883.
- Deutsche medical Zeitung*, p. 498, t. I, 104 t. II, 1884.
- The medical Record*, p. 541, t. II, 1884.
- WHITE. — Traitement du lupus par les parasitocides. *The medical and surgical Reporter*, t. II, p. 304, 1885.
- (G). GERHARDT. — Traitement du lupus par le froid. *Deutsche med. Wochenschrift*, p. 41, 1885.
- Centralblatt für chirurgie*, 1885, no 12.
- Centralblatt für klinische medecin*, p. 474, 1886.
- Breslauer Aertzliche Zeitschrift*, p. 130, 1886.
- Berliner klinische Wochenschrift*, p. 129, 145, 550; 1886.
- The Lancet*, t. II, p. 574 et p. 817, 1886.
- The New-York med Journal*, t. I, p. 56, 1885.
- The New-York med Journal*, t. II, p. 622, 1886.

The med. Record, t. I, p. 650, 1886.

Revista internazionale di medicina e chirurg., t. I, 1886.

WICHMANN. — De l'emploi de l'acide lactique dans le lupus.

Tidskrift för prak. med., janvier 1887.

The med. Record, t. II, p. 217, 1887.

The New-York med. Journal, t. II, p. 502, 1887.

The med. New, t. I, p. 324 et t. II, p. 436, 1887.

The British med Journal, t. I, p. 1215 ; 1887.

The med Record, t. I, p. 284, 1888.

RAFIN. — Deux cas de lupus du nez guéris par l'acide lactique,

Lyon médical, 8 juillet 1888.

HELLER. — Zur Behandlung der Lupus. *Wiener med. Presse*,

n^{os} 16-17-18, 1880.

MORROW. — *The med. Record*, p. 901, 1888.

DAUZAT. — Le lupus et son traitement aux eaux de la Bour-
boule, 1889.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I. — Historique.....	9
CHAPITRE II. — Pathogénie.....	23
CHAPITRE III. — Etiologie.....	33
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.....	37
CHAPITRE V. — Symptomatologie.....	45
CHAPITRE VI. — Marche, Durée, Terminaisons.....	59
CHAPITRE VII. — Diagnostic.....	67
CHAPITRE VIII. — Pronostic.....	81
CHAPITRE IX. — Traitement.....	85
OBSERVATIONS.....	102
CONCLUSIONS.....	121
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	123

